



# Intervenció per a millorar les cures d'infermeria en el dol perinatal



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria

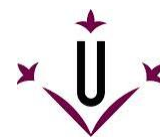
**Autora:** Mireia Perera i Boldú

**Tutora:** Rosa M. Alzuria

Treball de Fi de Grau

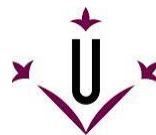
Curs 2013 – 2014

**Data de lliurament:** 15 – 05 – 2014



## **ÍNDEX**

<b>1. INTRODUCCIÓ</b>	<b>8</b>
<b>2. MARC TEÒRIC</b>	<b>11</b>
2.1. EPIDEMIOLOGIA, CAUSES I FACTORS DE RISC RELACIONATS	11
2.2. RELACIÓ DE LA MORT PERINATAL I L'ELABORACIÓ DEL DOL ALS PARES	13
2.3. LA RELIGIÓ I LA MORT PERINATAL	19
2.4. LES CULTURES I EL DOL PERINATAL	20
2.5. REACCIÓ DELS PARES DAVANT LA INTERVENCIÓ PROFESSIONAL EN LA PÈRDUA PERINATAL	20
2.6. EVIDÈNCIA SOBRE INTERVENCIIONS RELACIONADES AMB EL DOL PERINATAL I ELS PROFESSIONALS SANITARIS	21
2.7. GRUPS VIGENTS D'INTERVENCIÓ CAP A PARES I MARES	27
<b>3. JUSTIFICACIÓ</b>	<b>29</b>
<b>4. OBJECTIUS</b>	<b>30</b>
4.1. OBJECTIUS GENERALS	30
4.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS	30
4.2.1. OBJECTIUS ESPECÍFICS DE LES SESSIONS	31
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>32</b>
5.1. POBLACIÓ DIANA	32
5.2. PREGUNTES	32
5.3. METODOLOGIA DE LA CERCA	32
5.3.1. PARAULES CLAU	32
5.3.2. CRITERIS D'INCLUSIÓ	32
5.3.3. CRITERIS D'EXCLUSIÓ	33
5.4. SÍNTESIS DE L'EVIDÈNCIA TROBADA	33
<b>6. INTERVENCIÓ: DOL PERINATAL, UN REPTE EN LES CURES D'INFERMERIA</b>	<b>34</b>



<b><u>7. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ</u></b>	<b>52</b>
<b>7.1. INDICADORS DELS OBJECTIUS GENERALS I ESPECÍFICS</b>	<b>52</b>
<b>7.2. INDICADORS DELS OBJECTIUS ESPECÍFICS DE LES SESSIONS</b>	<b>56</b>
<b><u>8. CRONOGRAMA</u></b>	<b>58</b>
<b><u>9. CONSIDERACIONS ÈTIQUES</u></b>	<b>60</b>
<b><u>10. DISCUSSIÓ</u></b>	<b>62</b>
<b><u>11. CONCLUSIONS</u></b>	<b>64</b>
<b><u>12. BIBLIOGRAFIA</u></b>	<b>65</b>
<b><u>ANNEX</u></b>	<b>1</b>
<b>ANNEX 1. ESCALA NURSING STRESS SCALE</b>	<b>1</b>
<b>ANNEX 2. ESCALA SERVQ-HOS</b>	<b>4</b>
<b>ANNEX 3. RESOLUCIÓ DELS CASOS CLÍNICS</b>	<b>6</b>

## **ÍNDEX DE TAULES**

Taula 1. Factors de risc en mort perinatal .....	12
Taula 2. Factors que influeixen en el desenvolupament del dol perinatal .....	15
Taula 3. La comunicació i l'actuació amb els pares després de la mort perinatal .....	25



## **LLISTAT D'ABREVIATURES**

OMS	Organització Mundial de la Salut
PBS	Perinatal Bereavement Scale
PGS	Perinatal Grief Scale
PGIS	Perinatal Grief Intensity Scale
PBGS	Perinatal Bereavement Grief Scale
MGS	Munich Grief Scale
TGS	Texas Grief Scale
NSS	Nursing Stress Scale
COIB	Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Barcelona
PLIDA	Pregnancy Loss and Infant Death Alliance

## **Resum**

El dol perinatal és aquell provocat per la mort del nadó en els períodes fetal intermedi, fetal tardà i neonatal primerenc, que comprèn des de la setmana de gestació 22 o pes al néixer major a 500 grams fins al setè dia després del naixement.

Actualment, el dol perinatal ha cobrat una major importància que fa unes dècades ja que s'ha produït un canvi en les actituds dels pares i es realitza un major control del seguiment de l'embaràs i de la natalitat, tot i així, hi ha una infradeclaració d'aquest per part de l'administració.

La revisió bibliogràfica realitzada per aquest treball destaca la manca de coneixements sobre el dol perinatal en professionals sanitaris que s'evidencia amb cures inadequades cap a pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal.

En aquest projecte s'ha desenvolupat una intervenció dirigida a llevadores, professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria de sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova per a analitzar quina és l'actuació sanitària sobre el dol perinatal, revisar les recomanacions al respecte i reflexionar sobre les experiències de dol perinatal viscudes per als pares que han patit una pèrdua, i així, millorar la qualitat de les cures i poder disminuir la seva ansietat davant una situació de pèrdua perinatal.

Aquest projecte d'intervenció és innovador al territori espanyol ja que no s'ha publicat cap projecte com el proposat, tot i així, a països com França s'ha realitzat una formació més específica sobre aquest tema, per tant, seria interessant dur-lo a terme per a poder millorar la manca de cures que s'evidencia i que aportaria beneficis tant a professionals sanitaris com als receptors de les cures.

**Paraules clau:** Dol, mort, perinatal, cures, professionals, infermeria, sanitaris, coneixements, formació

## **Abstract**

Perinatal grief is caused by the death of the newborn in the intermediate foetal period, late foetal period and early neonatal period, which includes any death of foetus after 22 weeks of gestation or weighing 500 grams or more and ends seven completed days after birth.

Currently, perinatal grief has acquired more importance than a few decades ago because it has been a change in parents' attitudes and there is a more accurate control of the pregnancy and birth. However, there is an underreporting of this by the administration.

The bibliography reviewed for this project highlights the lack of knowledge about perinatal grief in health professionals, which is evidenced with inadequate care of parents, and relatives who have experienced a perinatal loss.

In this project has been developed an intervention addressed to midwives; nurses and nursing assistants of birth room, maternal – infant floor and neonatal ICU of the Hospital Universitari Arnau de Vilanova to analyse which is the performance of perinatal grief care, review the recommendations and consider the experiences of perinatal grief lived by parents who have suffered a perinatal loss in order to improve care quality and reduce their anxiety in a perinatal loss situation.

This project is innovative in Spain because any similar project has been published or proposed, however, in countries like France more specific formation on this subject has been developed, so it would be interesting to carry it out in order to improve the lack of care and provide benefits both to health professionals and care receivers.

**Keywords:** Grief, death, perinatal, care, nurse, professional, health, knowledge, formation

## 1. Introducció

El naixement d'un fill desitjat representa un dels millors moments de la vida d'una dona, des del moment de la notícia de l'embaràs fins al part, els pares comencen a desenvolupar sentiments d'esperança, il·lusió i joia projectats cap al futur i ningú es pot imaginar que pot acabar d'una forma inesperada i infeliç. No tots els embarassos acaben satisfactòriament i, en alguns casos, pot esdevenir la mort i pèrdua d'aquest fill tant esperat (1–7).

Actualment, el dol perinatal ha cobrat una major importància que fa unes dècades ja que hi ha hagut un canvi en les actituds dels pares i es realitza un major control de l'embaràs i de la natalitat, a més, antigament les dones tenien els seus fills a casa i el concepte estava poc reconegut per la comunitat mèdica ja que no era vist com una pèrdua significativa (8,9). A més, hi ha una major sensibilitat respecte les pèrdues perinatals tant pel personal sanitari com per la societat (2). Els avenços tecnològics permeten que els pares tinguin una imatge del seu fill mitjançant ecografies des de bon principi, fet que facilita l'estimació d'aquests pares cap al seu fill (9).

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la mort perinatal és aquella que s'esdevé en els períodes fetal intermedi, fetal tardà i neonatal primerenc, que inclouen el temps des de la setmana de gestació 22 (154 dies) o pes al néixer major a 500 grams fins al setè dia després del naixement (3,6,9–11).

La mort fetal és aquella mort intrauterina o abans de la completa expulsió o extracció del fetus, major a la setmana de gestació 22 o un pes superior a 500 grams, la qual inclou la mort fetal intermèdia i tardana (6,11,12).

La mort neonatal inclou els períodes de mort neonatal primerenca (defunció d'un recent nascut major o igual a 22 setmanes de gestació, que ha esdevingut de 0 a 6 dies de vida extrauterina), i mort neonatal tardana (defunció en un recent nascut entre els 7 i 28 dies de vida extrauterina) (6,8,11,13).

La mortalitat infantil (fins als 5 anys) i la mortalitat perinatal són considerats els millors indicadors per a establir el nivell de desenvolupament d'un país i per a poder avaluar els nivells de salut materno-infantil en una població, per tant, és indispensable tenir



estadístiques fiables i avaluades amb criteris homogenis per a què puguin ser comparables i així, establir una planificació estratègica per a disminuir aquesta taxa. En la seva incidència hi participen factors mèdics, socioeconòmics, ambientals i demogràfics interrelacionats entre ells (11,14,15).

Actualment, la mort d'un recent nascut es reconeix com un dels esdeveniments vitals més estressants que un adult pot experimentar per tot el que comporta (16).

Davant una pèrdua perinatal ningú està preparat i, per això, és molt difícil saber que fer o dir. No existeixen rituals religiosos que legitimin, facilitin i reconfortin als pares. Els familiars i amics eviten parlar del tema per temor a causar més dolor que benefici. I, en definitiva, els pares acaben vivint aquesta experiència en soledat (9).

L'impacte psicosocial de la pèrdua perinatal ha estat àmpliament estudiat durant els últims anys i s'ha detectat que els pares experimenten les mateixes reaccions d'afectació que les observades en altres situacions de dol, inclús poden ser més intenses per aquesta falta de suport social (5).

El dol és una resposta psicològica normal i única en cada persona que es produeix després de la pèrdua d'una persona estimada i comporta símptomes somàtics, psicològics i de comportament (1,8,13).

El dol perinatal és aquell que comença després de la pèrdua no intencionada o inesperada d'un embaràs o la mort d'un nadó, o després d'una terminació prevista per a les anomalies fetals. El concepte de dol perinatal és molt ampli i s'aplica tant a pèrdues primerenques com tardanes, a un avortament espontani i mort fetal o neonatal (8).

Es produeixen diferents etapes del dol normal (1):

- Negació i aïllament: És l'etapa inicial on les persones es senten culpables per la mort que s'ha produït per un estat d'escepticisme davant la mort.
- Enuig i ira: Es projecta el seu sentiment cap a altres persones, ja que culpar a un altre s'evita el dolor, l'aflicció i la desesperació a l'acceptar que la vida ha de continuar.
- Pacte: Retarda la responsabilitat per alliberar emocionalment la pèrdua ja que ha de guanyar temps abans d'acceptar la realitat.

- Depressió: Ira dirigida interiorment que inclou sentiments de desèmpament, falta d'esperança o impotència.
- Acceptació: Es pensa amb els sers estimats, sense sentir o expressar sentiments intensos d'alegria o tristesa quan els recorda, viurà el present sense pensar amb el passat i sense fer plans per al futur.

El dol patològic és aquell procés de dol que apareix quan no es produeix una adaptació de l'individu davant la pèrdua i existeix una intensificació del dol. La cronicitat d'aquest procés es manifesta mitjançant nerviosisme, irritabilitat i agressivitat i sol evolucionar cap a la depressió (13,17).

## 2. Marc teòric

### 2.1. Epidemiologia, causes i factors de risc relacionats

A nivell mundial, s'estima que entre els anys 1996 i 2000 van haver-hi entre 6.3 i 7.6 milions de morts perinatals anuals. La mort fetal intrapart en els països desenvolupats representa el 10% de les morts fetals (0.6/1000 naixement) i en aquells països en vies de desenvolupament oscil·la entre 24 i 37% (11).

Els països europeus amb taxes de mort perinatal més elevades l'any 2007 són Romania (7.2 ‰), Letònia (7.1 ‰) i Bulgària (6.7 ‰), quan a Espanya aquest mateix any va ser de 4-5 ‰ (13).

A nivell espanyol, es considera mort fetal tardana la del fetus amb 6 o més mesos de gestació i només s'han de registrar al lligall d'avortaments del Registre Civil les morts fetals superiors a 180 dies de gestació o 26 setmanes de gestació (9,10). Durant les últimes dècades s'ha produït una reducció de la taxa de mortalitat neonatal associada a les millores socials i sanitàries (14). Les comunitats autònomes amb major taxes de mortalitat a Espanya l'any 2007 van ser Ceuta (9.6‰), Astúries (7.1‰), País Basc (6.0‰) i Andalusia (5.4‰) (13). Durant l'any 2008 es van produir 1602 morts fetals tardanes i 1114 defuncions entre el naixement i els primers 27 dies de vida (2). L'any 2012 hi va haver un total de 1483 morts fetals tardanes a tot l'estat espanyol i 960 defuncions entre els 0 i els 28 dies del naixement (18).

A Catalunya, la taxa de mort perinatal ha disminuït progressivament durant els últims anys, de 4.56 per cada 1000 recent nascuts vius i morts l'any 2000 a un 4.03 l'any 2003 (10). L'any 2012 hi va haver un total de 319 morts fetals tardanes i un total de 194 nadons que van morir entre els 0 i 28 dies del naixement. El mateix any, el 2012, hi va haver 21 casos de morts fetals tardanes a tota la província de Lleida, 11 casos menys de les 32 que hi va haver el 2011 (19).

S'ha comprovat que a l'estat espanyol hi ha certa infradeclaració de mort perinatal i els factors que es relacionen amb aquest fet són el baix pes al néixer (menor a 500 grams), l'edat gestacional precoç (menor a 26 setmanes de gestació) i criteris legals o definicions poc clares en la declaració d'aquestes morts (2,10).

Taula 1. Factors de risc en mort perinatal (12)

Factors materns	Factors fetals	Factors placentaris i de cordó umbilical
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Malalties pròpies de la gestació o associades a ella: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetis mellitus (incrementa el risc 2.5 vegades més que una embarassada sense diabetis mellitus)</li> <li>- Hipertensió arterial o preeclàmpsia</li> <li>- Hemoglobinopaties</li> <li>- Isoimmunització Rh</li> <li>- Síndrome antifosfolípid</li> <li>- Edat materna major a 35 – 40 anys o menor a 20 anys</li> <li>- Trombofilies hereditàries</li> <li>- Obesitat</li> <li>- Ruptura uterina</li> </ul> </li> <li>– Factors externs modificables: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabac</li> <li>- Alcohol</li> <li>- Drogues</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Malformacions</li> <li>– Alteracions genètiques i cromosòmiques</li> <li>– Infeccions intrauterines</li> <li>– Edat gestacional</li> <li>– Baix pes fetal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Despreniment prematur de placenta</li> <li>– Prolapse de cordó</li> <li>– Nusos al cordó umbilical</li> <li>– Ruptura prematura de membranes</li> <li>– Anormalitats estructurals o funcionals en la implantació del fetus</li> <li>– Desenvolupament anormal de les vellositats</li> <li>– Invasió defectuosa del trofoblast</li> </ul>

Factors materns	Factors fetals	Factors placentaris i de cordó umbilical
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Factors externs no modificables: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infeccions: <ul style="list-style-type: none"> <li>Toxoplasmosi, rubèola, citomegalovirus, herpes, <i>Listeria</i>, varicel·la zoster, sífilis, parvovirus b19, Coxsackie, <i>Leptospira</i></li> </ul> </li> <li>- Traumatismes directe sobre el fetus</li> </ul> </li> <li>– Causes sociodemogràfiques i de qualitat assistencial</li> </ul>		

Les principals causes de mort perinatal són la prematuritat, el baix pes al néixer (constitueix un excel·lent indicador per avaluar la supervivència), els defectes congènits que involucren a varis òrgans o sistemes que afecten a la funció orgànica i són incompatibles amb la vida, alteracions de la placenta, cordó i membranes i el síndrome de distress respiratori (11,12,15).

A Espanya, les causes de mort més freqüents de mort perinatal són les afeccions perinatales (alteracions de placenta/cordó o de les membranes en fetus/recent nascut, hipòxia intrauterina, asfíxia al néixer i dificultat respiratòria del fetus/recent nascut) i les anomalies congènites múltiples i les localitzades a aparell circulatori i sistema nerviós (13).

## 2.2. Relació de la mort perinatal i l'elaboració del dol als pares

La mort perinatal és una notícia assoladora pels pares i la família. Es creu que una de cada cinc famílies sofreix excessivament en la prolongació i intensitat del dol i altres resultats adversos psicològics (16,20).

No hi ha un acord format en la literatura existent sobre quan comença el dol perinatal ni quan acaba aquest ja que pot durar mesos, anys i fins i tot es pot estendre a futurs embarassos o altres afirmen que pot durar tota la vida (8).

Les actituds davant una pèrdua perinatal varien segons les expectatives dels pares, la cultura a la que pertanyen i la prosperitat de la societat en què es troben. També influeix que la mare es trobi en una fase avançada de l'embaràs, que sigui la primera gestació, que sigui un fill desitjat, que es tracti d'una gestació al final de la vida reproductiva o a causa de tècniques de fertilització (9).

No tots els pares que viuen una pèrdua perinatal reaccionaran amb un dol. La presència del dol ve donada per la presència del lligam prenatal, és a dir, quan la idea de l'embaràs es converteix en una realitat pels pares i el fetus es converteix en real per a ells. Els pares es van relacionant amb el fetus a mesura que perceben certes característiques i una personalitat als seus fills no nascuts. Per tant, si els pares encara no han arribat a relacionar-se amb el fetus i es produeix la pèrdua, no experimentaran una reacció de dol. En aquests casos, les intervencions hospitalàries seran diferents que en casos de pèrdua perinatal on sí que existeix un procés de dol (21).

Tot i així, davant la pèrdua perinatal del fill en gestació, la resposta emocional que la mare experimenta és com un buit corporal, sensació d'inadequació, de desemparament, dificultats per funcionar amb normalitat i pèrdua d'autoestima, sentiments que sorgeixen de la pèrdua d'una part de sí mateixa que ha estat danyada. Es per això que la pèrdua perinatal és particularment dolorosa, angustiant i íntimament la percep com una amputació o desmembrament corporal. Quan la mare s'enfronta al dol per la pèrdua del seu fill, també ho fa a la frustració de la seva maternitat (1–3,9,20).

Aquests pares també s'enfronten a la pèrdua del moment de convertir-se en pares, del rol, de la composició familiar com se la imaginaven, la confiança en la seguretat d'altres fills, la innocència respecte l'embaràs i el part, el dret a mencionar aquest fill en certs llocs i el contacte i la possibilitat de crear nous records (8,9).

S'ha observat una ampla variació de conseqüències negatives, tant a curt com a llarg termini, per a mares i pares que han patit la mort del seu fill. En les mares s'han observat alts

nivells de depressió i ansietat, irritabilitat, apatia, símptomes somàtics, canvis en els patrons alimentaris i de son, sentiment de culpa, de buit interior, de càstig o d'injustícia i preocupació i temor per la pèrdua del recent nascut i pels següents embarassos. En el cas dels pares, s'han detectat sentiments de xoc, ràbia, buit, indefensió i soledat (1,2,5,8,9). Tant els pares com les mares, són identificats com un grup d'alt risc per a patir un dol complicat i, fins i tot, un 25% poden presentar símptomes greus anys després de la mort del neonat. Després d'un avortament o pèrdua perinatal, l'experiència d'un nou embaràs pot produir una gran angoixa i ansietat a aquests pares (2,3,5,16). S'ha de tenir en compte que les dones que han patit un mal resultat durant la primera gestació, ja sigui per fetus petit per l'edat gestacional, fetus pretermo o fetus mort, presenten un risc augmentat de tenir el mateix resultat en embarassos posteriors (12).

Taula 2. Factors que influeixen en el desenvolupament del dol perinatal (1,8,16)

<b>Factors situacionals</b>	<b>Factors interns</b>	<b>Factors externs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– El número de fills vius</li> <li>– Criar un bessó supervivent</li> <li>– Pèrdues perinatals recurrents</li> <li>– Embarassos següents</li> <li>– Esdeveniment de vida estressant</li> <li>– Circumstàncies traumàtiques sobre la mort</li> <li>– Relacions problemàtiques al nucli familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Afecte</li> <li>– Gènere</li> <li>– Personalitat</li> <li>– Dificultats per a superar una crisi en relacions passades</li> <li>– Presència d'altres crisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cultura</li> <li>– Suport social inadequat durant el dol</li> </ul>

El dol és més intens en les mares que en els pares, ja que el fet de sentir el seu fill al ventre durant la gestació i que aquest mori de forma súbdita i inesperada genera en ella un patiment intens i devastador (1,16). Tot i això, la diferència de gènere en el dol perinatal continua sent un tema incert, hi ha pares que poden sentir un dolor tant intens i devastador com el de les mares, i s'ha comprovat que aquest dolor augmenta si havien vist ecografies o ultrasons del seu fill, ja que la imatge es un mode de relacionar-se directament amb el nen.

Es molt comú que siguin els homes els que donin suport emocional a la seva parella, ja que mostren menys ansietat i/o depressió que les dones (2,9).

Els factors de risc respecte que el dol evolucioni a patològic són problemes psiquiàtrics previs, història de pèrdues recurrents, si la mare ha patit depressió, falta de fills, parella i suport familiar i social, estils d'afrontament no adaptatius, inexistència d'una explicació per al succeït, disposar d'escassa informació sobre el dol perinatal i si la pèrdua coincideix amb altres problemes vitals importants (2,9,22).

El dol perinatal pot donar lloc a trastorns psiquiàtrics com trastorns depressius (entre el 10 i el 48%), trastorns d'ansietat i trastorn per estrès posttraumàtic (entre el 2 i el 5% en parts instrumentals i cesàries, fins el 25% el mes posterior a la pèrdua i fins el 7% quatre mesos després) (9).

Tot i que el dol és una resposta normal i natural a la pèrdua, i en molts casos es dissipa amb el transcurs del temps, s'ha demostrat la importància de la prestació d'atenció de qualitat en el moment de l'oferiment de les cures en pares i familiars que han patit una mort perinatal. Tot i així, hi ha certes dificultats per als que intenten proporcionar suport a qui ha patit aquest tipus de pèrdua. En certs estudis s'ha demostrat la importància de la creació d'una "caixa de records" que permetin tenir un contacte simbòlic amb el nen com fer fotografies, empremtes dactilars, el cordó umbilical, polseres de l'hospital, certificat de naixement i baptisme (si així ho decideixen els pares), celebrar rituals de comiat, entre altres, com també se'ls ofereix la possibilitat de veure, sostenir i posar-li nom al recent nascut com a factor positiu en la recuperació del dol (2,3,5,7,8,16,23). Els estudis mostren que la majoria de pares es mostren agraïts davant aquestes actuacions, tot i així, hi ha certa controvèrsia ja que altres reporten que aquestes pràctiques poden no ser del tot efectives en oferir l'atenció que necessiten les famílies, ja que poden augmentar els sentiments de tristesa, dol i xoc, i molts consideren que els comportaments de molt personal sanitari és desconsiderat o insensible. Segons Fernández-Alcántara et al. (2), aquelles dones que van escollir no sostenir ni veure al seu fill van tenir puntuacions més baixes en depressió, en símptomes d'ansietat i estrès post-traumàtic en el següent embaràs.



El desenvolupament d'un procés de dol patològic es pot desenvolupar a causa d'evitar que els pares vegin i toquin al seu fill, sedar excessivament a la mare durant el moment del part, no insistir en la realització d'una necròpsia, evitar el contacte amb els pares, donar informació insuficient i aconsellar un embaràs el més aviat possible (13).

Segons Van Aerde (7), en els casos de bessons quan un mor i l'altre sobreviu, s'ha d'intentar evitar l'error de considerar que el bessó que sobreviu és un consol i presenten un risc més elevat de presentar dol patològic.

Després d'una pèrdua perinatal, al menys un 80% de les parelles es tornen a quedar embarassades de nou durant els pròxims 18 mesos (23). Tot i així, segons DeBackere et al. (23), molts pares segueixen patint alts nivells d'ansietat, depressió i estrès post-traumàtic en aquests pròxims embarassos, i fins i tot, davant el naixement d'un fill sà. També són comuns un major ús de recursos d'atenció de salut durant un embaràs posterior i l'augment de depressió post part després del naixement d'un nen sà (13,21). Per això, és important per als professionals sanitaris comprendre l'impacte d'una pèrdua perinatal per a un possible embaràs posterior.

Segons Oviedo-Soto et al. (1), els punts més significatius en el dol matern són:

- L'augment de la sensació d'irrealitat, degut a què la seva relació amb la persona que mor no es basa en experiències i records d'una persona real, sinó en llaços afectius que es van desenvolupar abans d'establir un contacte físic amb ella, per tant, la relació està basada en esperances i fantasies dels pares per al fill frustrat per la mort.
- La disminució notable de l'autoestima materna, com a conseqüència de la incapacitat que percep per a confiar en el seu cos per aconseguir satisfactòriament el naixement d'un fill viu i sà, particularment quan la pèrdua d'aquest es deguda a anomalies fetals o problemes genètics.

S'ha vist que el dolor emocional és la manifestació principal del dol perinatal, però també està influenciat per múltiples variables que no es poden unificar amb una sola eina de mesura. Per això, existeixen diverses escales per a valorar el dol perinatal, tot i que a Espanya encara no han estat validades (8,9):

- *Perinatal Grief Scale* (PGS): És l'escala més utilitzada actualment. Creada per Toedter et al. (24), determina les variables que es consideren predictius de dolor com la salut física de la mare, l'edat gestacional en el moment de la pèrdua i de la qualitat de la relació marital. Els autors consideren que el dol perinatal pot ser agut, "normal", retardat o crònic (patològic).
- *Perinatal Grief Intensity Scale* (PGIS): Creada per Hutti et al. (25) l'any 1998 per mesurar i predir la intensitat del dolor després de la pèrdua perinatal.
- *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGs): Dissenyada per Ritsher & Neugebauer (26) l'any 2002 per investigar les reaccions davant el dol perinatal després d'avortament involuntari mitjançant el mesurament de la pena, l'anhel i la preocupació per la pèrdua.
- *Perinatal Bereavement Scale* (PBS): Creada per Theut et al. (27) l'any 1989 per mesurar el dol dels pares que han experimentat una pèrdua perinatal a través d'un avortament involuntari, mort fetal o neonatal. Tot i així, aquesta escala inicialment anava encaminada a mesurar el dol perinatal en aquelles parelles que tenien un fill després d'haver patit una pèrdua perinatal. Aquesta escala permet diferenciar entre els pares que han patit una pèrdua perinatal primerenca i els que n'han patit una de tardana.

També existeixen altres escales, tot i que no són tant comuns com les anomenades anteriorment, per exemple, la *Munich Grief Scale* (MGS) o la *Texas Grief Scale* (TGS) (9).

L'escala *Inventario de experiencias de duelo* (IED) de Catherine Sanders està validada a l'espanyol per García et al. (28) l'any 2001. Aquesta escala valora el dol després de la mort d'un ser estimat mitjançant l'exploració de les àrees somàtiques, emocional i relacional de la persona que pateix el dol però no es especifica del dol perinatal.

Més recentment s'ha demostrat que el suport, el contacte amb un professional i els recursos dissenyats especialment per aquest tipus de pèrdua es beneficiós en quant al trastorn psiquiàtric, les estratègies paternes d'afrontament i la qualitat matrimonial, ja que s'ha vist que hi ha cert desgast en aquesta (16,20).

### **2.3. La religió i la mort perinatal**

S'ha observat que la religió té un paper important per fer front a tots els tipus de dol, incloent el dol perinatal (29). S'ha comprovat que la religiositat i l'espiritualitat s'associen a un menor nombre de símptomes depressius, ja que molta gent s'ajuda de la religiositat per a fer front a aquests esdeveniments estressants (22). Tot i així, la majoria de religions ofereixen una escassa atenció davant les pèrdues perinatals tot i que es poden realitzar certs rituals segons el tipus de religió (9):

- Catolicisme: Només es poden batejar aquells nadons que neixen vius, per tant, les pèrdues perinatals no gaudeixen d'aquest sacrament. En aquells fetus morts majors de 24 setmanes de gestació es permet realitzar un enterrament o incineració en una fossa sense nom a una part que no està sacralitzada del cementiri sense cap cerimònia i/o benedicció.
- Hinduisme: Com a senyal de benedicció lliguen un cordó al voltant del coll o del canell del fetus o nadó. Com que no han tingut temps de viure, no existeix pecat i no es necessari purificar-los per a procedir a la cremació.
- Judaisme: Tots els individus que no són jueus han d'evitar el contacte físic amb el cos del fetus o nadó mort. Només realitzen rituals a aquells nadons que han viscut un mínim de 30 dies. La cremació està prohibida per tots aquells nadons que no han superat els 30 dies. Es beneficiós per als pares poder resar una oració pel fill que han perdut.
- Islamisme: No existeix pecat pel fetus i retorna directament a Al·là, que facilita el camí dels pares cap a ell. Si mor a partir dels 4 mesos de gestació, li posen nom, el netegen, l'emboliquen amb un llençol amb opció d'enterrament amb funeral. La cremació està prohibida en aquests nadons.
- Budisme: Quan el fetus és major de 4 – 5 mesos, es considera un ser humà i es pot reencarnar. En tots aquells fetus avortats, es celebra un ritual (*misuko kuyo*) per a

poder demanar perdó per haver perdut l'embaràs i que la desgràcia no caigui sobre la família.

#### **2.4. Les cultures i el dol perinatal**

Amb una societat tant diversa com la nostra és important saber com actuen altres cultures envers un fet tant estressant com pot ser la pèrdua d'un fill. La bibliografia descriu que les normes culturals també influeixen en la duració i les manifestacions del dol perinatal (8):

- Cultura índia: Una pèrdua tardana és més dolorosa que una pèrdua primerenca i les mares no volen subjectar al nadó després de néixer ja que la mort es considera una desgràcia.
- Cultura musulmana: Quan es produeix una pèrdua perinatal en aquesta cultura, es realitzen 3 dies de dol per la tristesa que suposa haver perdut el teu fill. Després d'aquests 3 dies, el segueix un període de dol que dura 40 dies.

#### **2.5. Reacció dels pares davant la intervenció professional en la pèrdua perinatal**

Segons Pastor-Montero et al. (5) i González-Castroagudín et al. (13) sembla que el tema del dol perinatal es una qüestió “*tabú*” a nivell professional i són moltes les parelles que no han rebut una atenció adequada davant una pèrdua perinatal. Segons Fernández-Alcántara et al. (2), la majoria de queixes davant l'actitud del personal sanitari van enfocades en la informació contradictòria, la falta de seguiment o en la falta de comunicació entre professionals. Generalment són les infermeres les que donen millor suport emocional a diferència dels metges. El més criticat als professionals ha estat la poca atenció donada als desitjos i decisions de la família. Una estratègia bastant útil es no dir alguna cosa que no se li diria a una persona després de la mort d'un ser estimat adult i, per tant, tenir el mateix tracte que quan es mor una persona amb més edat.

Segons de la Fuente-Rodríguez et al. (30) i Gómez-Payo et al. (31), s'ha de demostrat que la satisfacció dels usuaris és un dels components més importants per a valorar la qualitat del procés assistencial ja que ens facilita informació sobre la qualitat percebuda pels usuaris del servei i, mitjançant aquesta, es poden implantar diferents mesures per a millorar la qualitat percebuda. Defineixen la satisfacció de l'usuari com “la mesura en què l'atenció sanitària i

l'estat de salut resultat compleixen amb les expectatives de l'usuari, per tant, l'usuari està satisfet quan els serveis oferts cobreixen o excedeixen les seves expectatives.”

El qüestionari SERVQHOS (annex 1), adaptació de l'enquesta SERVQUAL àmpliament reconeguda per avaluar la qualitat percebuda pels clients en empreses de serveis. Aquest qüestionari va ser proposat per la Subdirecció General d'Atenció Especialitzada (SGAE) per a poder complir un dels objectius del Programa de millora de la qualitat als hospitals (2001) que consisteix en implantar i divulgar una enquesta posthospitalització comú a tots els hospitals i posseeix una alta consistència interna i bona capacitat predictiva. Consta de 19 preguntes: 10 qüestions que valoren la qualitat subjectiva (cortesia, empatia, amabilitat, interès del professional, capacitat de resposta i competència professional) i 9 que valoren la qualitat objectiva (estat de les habitacions, fiabilitat dels horaris, accessibilitat, informació al pacient, entre altres). Es puntua cada pregunta amb 1 (molt pitjor del que esperava) a 5 (molt millor del que esperava) (32,33).

Rodríguez-Fernández et al. (33), van utilitzar aquesta escala per avaluar la qualitat de l'Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid) durant 5 anys per aconseguir un nou hospital basat en les expectatives dels pacients. Els autors d'aquest estudi, reconeixen que la satisfacció dels pacients s'ha de tenir en consideració ja que influeix en moltes nocions com l'atenció prestada, les expectatives, els factors personals, els resultats i la seva interpretació.

## **2.6. Evidència sobre intervencions relacionades amb el dol perinatal i els professionals sanitaris**

El dol perinatal, que segueix la mort perinatal és un fenomen global, complex i multifactorial que preocupa al personal d'infermeria de tot el món. Està basat en la pràctica multidisciplinària de les àrees d'infermeria, medicina i psicologia (8).

A molts infermers els afecta quan un dels seus pacients mor, però el dolor en aquests no s'acostuma a reconèixer i es descuida, sobretot en aquells que tenen cura de les famílies que han patit una mort perinatal (34,35). A més, segons Jonas-Simpson et al. (34), la preparació durant la formació acadèmica de la professió d'infermeria sobre aquest tema és mínima o insuficient i no aprenen a integrar aquesta experiència a les seves pràctiques d'infermeria i

la majoria de professionals que es troben en una situació d'aquesta, creu que l'educació sobre el tema del dol perinatal és molt important.

Al territori espanyol hi han pocs centres sanitaris on s'hagin establert pautes d'actuació davant la pèrdua perinatal, per tant, les intervencions, el cuidatge i la formació davant un cas d'aquest tipus encara està pendent o són molt variades d'un centre a l'altre (3–5). Van sorgir diferents protocols i guies d'actuació per a orientar als professionals sanitaris l'abordatge de la mort perinatal, tot i que la majoria es tractava d'una llista de tasques a complir (5,9).

Per al personal de salut resulta difícil ser testimonis de la mort perinatal, ja que aquest esdeveniment implica enfrontar-se a problemes tècnics i emocionals i es fa evident una falta d'estratègies i recursos per a afrontar aquestes situacions i donar resposta a les demandes dels pares. Tot i que han estat ensenyats per a curar i alleujar el dolor, la gran majoria no ha rebut suficient preparació per a fer front a la mort, fet que pot generar sentiments d'impotència, frustració, tristesa, ansietat, inseguretat, ressentiment, culpa, ràbia, enuig i sensació de fracàs. La gran majoria, no sap com s'ha de comportar, ni com acompanyar i cuidar a una mare i un pare que han perdut al seu fill (1,3,5,13,34,35).

Segons Puia et al. (6) i Jonas-Simpson et al. (34), els infermers que van ser entrevistats van reflectir la seva angonya i dolor davant la situació de cuidar a famílies que han viscut una pèrdua perinatal, però que, tot i així, aquesta experiència els va donar una oportunitat de creixement i transformació, tant professional com personal. A més, el fet de proporcionar atenció d'alta qualitat els va ajudar a sentir-se millor sobre el seu propi dolor, ja que havien pogut ajudar a la família d'aquest nen.

Segons Puia et al. (6), els infermers van comentar que els va costar mantenir el professionalisme, tractar el seu propi dol i brindar atenció a les famílies. Van experimentar símptomes físics (estres, tensió muscular, mal de cap, pressió i dificultats per dormir) i la càrrega emocional de la pèrdua. Molts d'aquests, reconeixen que s'acostumen a recordar de les morts perinatals que han viscut durant la seva experiència professional.

L'escala *Nursing Stress Scale* (NSS) (annex 2) elaborada l'any 1981 per P. Gray – Toft y J. Anderson mesura la freqüència amb la que certes situacions són percebudes com

estressants pel personal d'infermeria. Ha estat validada a l'espanyol per V. Escribà i R. Mas l'any 1998. Aquesta consta de 34 ítems agrupats en 7 components: Un relacionat amb l'ambient físic (càrrega de treball), quatre amb l'ambient psicològic (mort i patiment, preparació insuficient, falta de suport i incertesa en el tractament) i dos relacionats amb l'ambient social (problemes amb els membres de l'equip). Cada ítem presenta 4 possibles respostes: Mai [0], a vegades [1], freqüentment [2] i molt freqüentment [3]. Si es sumen totes les puntuacions obtingudes en cada ítem s'obté un rang entre 0 i 102. (36). Segons Escribà et al. (37) va demostrar que era un instrument útil per a mesurar els possibles factors causals d'estrès en el col·lectiu d'infermeria, ja que presenta una alta consistència interna i validesa, tot i tenir una fiabilitat moderada.

Segons Pastor-Montero et al. (3), va demostrar que el fet de no saber com actuar i abordar els aspectes emocionals de la parella que acaba de patir una pèrdua perinatal provoca que les cures d'infermeria es centrin més en les físiques per disminuir la seva ansietat. Aquest fet provoca que la seva actuació no sigui la més correcta, ja que duen a terme diferents actituds, mecanismes i comportaments reaccionant de forma distant i negant la gravetat d'aquesta pèrdua. Els sentiments que manifestaven els professionals sanitaris de l'estudi van ser de pena, ansietat, inseguretat, ressentiment, culpa, ràbia, sensació de fracàs i impotència, directament relacionades en no saber com manejar i fer front a situacions de pèrdua perinatal.

S'observa una falta d'estratègies, d'habilitats i recursos per a afrontar aquestes situacions i poder satisfer les necessitats dels pares. Per aquest motiu, es necessita preparació emocional per acompanyar i ajudar amb respecte als pares que han perdut el seu fill a superar el dol (1,3,5). Fernández-Alcántara et al. (2) recomana que la intervenció del personal sanitari sigui multidisciplinar, on el personal accepti la pèrdua i l'actitud dels pares, tenint en compte la seva singularitat. Segons Jonas-Simpson et al. (34), l'educació i l'orientació són necessaris per donar suport als professionals que estiguin de dol quan s'ofereix la seva atenció i cures a les famílies en dol perinatal.

Segons Pastor-Montero et al. (5) i Jonas-Simpson et al. (34), es suggereix que l'educació i el suport en la pràctica d'infermeria davant el dol perinatal es podrien millorar mitjançant el suport a personal d'infermeria a assistir a tallers i seminaris sobre el tema de la pèrdua

perinatal i cura del dol, incorporació de debats sobre el suport a les famílies, pacients, altres professionals i d'un mateix en l'atenció durant el dol, sessions informatives després d'una pèrdua perinatal, proporcionar al personal un mentor o professional expert sobre el dol perinatal i establir una guia d'actuació multidisciplinària davant la pèrdua perinatal.

Les oportunitats per adquirir aquests coneixements i experiència poden proporcionar diferents tècniques als professionals d'infermeria, i així, tenir més confiança en la seva capacitat per oferir atenció a famílies que han patit una pèrdua perinatal i en la seva capacitat per reconèixer i buscar suport per al seu propi dol (34).

Segons un Fernández-Alcántara et al. (3), els entrevistats creien que la formació sobre el dol perinatal, habilitats de comunicació i tècniques de relació d'ajuda per a poder gestionar aquest procés i la forma d'actuar, a més, augmentaria la qualitat de les cures en aquells pares que han perdut el seu fill.

Segons Jonas-Simpson et al. (38), infermeria va descriure les seves experiències en el dol perinatal com a molt difícils i que es requereix molta valentia per fer-les front. Aquestes, també van expressar que seria útil un grup de suport per a infermeria davant una situació d'aquestes per part dels altres professionals, ja que suposa una vivència molt estressant. Segons Wallbank et al. (35), també es va observar que els professionals presentaven certa angoixa davant una situació de mort perinatal.

Segons López-García-de Madinabeitia (9), cal tenir clar que cada persona es diferent, com també ho és la seva estima al seu fill i la manera d'afrontar la seva pèrdua. L'aprenentatge dels professionals per a desenvolupar-se en aquestes situacions té a veure amb el saber estar, escoltar i comprendre la pena aliena .

El personal sanitari ha d'oferir als pares la seva assistència, intentant-los ajudar a fer front la mort del seu fill, respectant la seva decisió de si volen o no rebre aquesta ajuda. D'altra banda, la informació als pares sobre la mort del nen ha de ser breu, comprensible, completa i exhaustiva i s'ha de donar dins un ambient adequat i sense presses. El personal ha d'escoltar atentament als pares i permetre que facin les preguntes necessàries, sense emetre judicis davant les seves reaccions. Si es possible, com s'ha comentat anteriorment,



s'ha de donar la oportunitat d'estar amb el nen, d'abraçar-lo, de vestir-lo i poder-li donar un nom (1,7).

Ha de conèixer les diferents etapes del dol que ocasiona aquest tipus de mort, posseir l'habilitat necessària per a establir relacions interpersonals i identificar les situacions de risc, escoltar pacientment els temors i les queixes dels pares i familiars afectats, respectant sempre la seva autonomia (1).

Es recomana una actitud empàtica, respectuosa i afectuosa, que permeti prendre les decisions als pares i ajudant-los en la cerca de suport social. Segons Fernández-Alcántara et al. (2) i Van Aerde (7), sembla que els pares mostren menys ira, irritabilitat, insomni, pèrdua de gana, plors o depressió quan se'ls involucra en la presa de decisions sobre el futur del nen.

Taula 3. La comunicació i l'actuació amb els pares després de la mort perinatal (7,39)

Que fer davant una pèrdua perinatal	Que NO fer davant una pèrdua perinatal
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilitzar un llenguatge simple i directe.</li> <li>– No mostrar disconformitat amb les emocions que mostren els pares i familiars.</li> <li>– Estar disponibles per als pares: per escoltar-los, ajudar-los a gestionar la situació amb els familiars.</li> <li>– Permetre que parlin del seu nadó quan ho necessitin.</li> <li>– No tenir por de tocar als pares, ja que el tacte comunica i expressa més que les paraules.</li> <li>– Contestar les preguntes sincerament.</li> <li>– No deixar sols i abandonats als pares i familiars.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilitzar l'argot mèdic.</li> <li>– Discutir amb els pares.</li> <li>– Evitar les preguntes.</li> <li>– Pensar o dir que l'edat gestacional determina el dolor de la família.</li> <li>– Evitar-los pel sentiment d'incomoditat o impotència que genera la situació als professionals sanitaris ja que aquest fet augmenta l'ansietat i la culpa.</li> <li>– Canviar de tema quan mencionin al nadó, ja que necessiten expressar el seu dolor.</li> <li>– Pressionar als pares durant el procés de dol.</li> <li>– Preguntar com es senten si no s'està disposat a escoltar.</li> </ul>

Que fer davant una pèrdua perinatal	Que NO fer davant una pèrdua perinatal
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anomenar al seu nadó per el nom i no com a fetus, ja que a l'anomenar-lo pel nom indica comprensió del seu dolor.</li> <li>– Tractar a la parella per igual ja que ens solem centrar amb el dolor de la mare ja que presenta la pèrdua física, però el pare també necessita sentir-se recolzat.</li> <li>– Acceptar els seus canvis d'humor.</li> <li>– Assegurar als pares que s'ha fet tot el possible per al seu nadó i que va rebre les millors cures.</li> <li>– Tenir en compte els valors, la cultura i la religió dels pares.</li> <li>– Frases que es poden utilitzar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ho sento”</li> <li>- “Desitjaria que les coses haguessin anat d'una forma diferent”</li> <li>- “No sé que dir-los”</li> <li>- “Em sento trist/a”</li> <li>- “Em sento trist/a per vostès”</li> <li>- “Teniu alguna pregunta?”</li> <li>- “Podem parlar més tard si ho desitgen”</li> <li>- “No podem treure el vostre dolor però si que el podem compartir i ajudar-los no deixant-vos sols”</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dir com es senten si no s'ha passat per alguna cosa similar.</li> <li>– Frases NO es poden dir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Es millor d'aquesta forma”</li> <li>- “Podria ser pitjor”</li> <li>- “Podeu tenir més fills”</li> <li>- “El temps ho cura tot”</li> <li>- “Es bo que no l'arribéssiu a conèixer abans de morir, hauria estat pitjor més endavant”</li> <li>- “Siguis valent i no ploris”</li> </ul> </li> </ul>

Existeixen diferents països on s'han realitzat diferents intervencions de formació a professionals sanitaris. A Espanya, no existeix una intervenció tant específica d'actualització de coneixements com la proposada en aquest treball però s'han realitzat diferents jornades

de formació com la *IV Jornada de Llevadores: Emocions entorn el naixement* organitzada pel Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Barcelona (COIB), realitzada a Barcelona el novembre de 2010. Tot i així, també es va elaborar una prova pilot per a elaborar un qüestionari per a conèixer la capacitat i disposició del personal sanitari en l'acompanyament del dol perinatal.

A França, s'han realitzat diferents programes destinats a la formació de personal sanitari similars al proposat en aquest treball sobre el dol perinatal com *“Le deuil perinatal: Accompagner le processus”* realitzada per Sud Management, una escola de formació de diferents àmbits. A la Universitat de Estrasburg, es va realitzar un programa d'intervenció (*Emotions et accompagnements*) destinat a aquells professionals sanitaris que es troben en situacions de dol perinatal. A París, l'any 2013 es va realitzar una jornada destinada a el maneig del dol perinatal i tots aquells aspectes jurídics i psicològics que l'envolten. A els Estats Units, aquest any es celebrarà la 19<sup>a</sup> Conferència Internacional bianual sobre el dol perinatal organitzada per *Pregnancy Loss and Infant Death Alliance* (PLIDA), un grup de professionals que es dediquen a la prestació de suport a pares que han patit una mort perinatal. També existeixen diferents jornades online com la *Jornada Online de Actualización en Muerte Gestacional y Perinatal* organitzada per l'editorial OB STARE realitzada el març de 2012, la qual, s'ha tornat a repetir aquest any.

Tot i la realització d'aquestes jornades de formació sobre el dol perinatal a professionals d'infermeria no s'ha avaluat l'impacte de les mateixes. No obstant, segons Pastor-Montero et al. (3), l'increment dels coneixements en professionals sanitaris està relacionat amb la disminució del nivell d'estrès i la millora de les cures, justificació de la intervenció proposada en aquest treball.

## **2.7. Grups vigents d'intervenció cap a pares i mares**

Segons Oviedo-Soto et al. (1), s'ha comprovat que l'absència de suport terapèutic després d'una mort perinatal pot donar algun trastorn psicològic en un futur. Davant aquest fet, en alguns llocs s'han integrat grups organitzats d'autoajuda o suport al dol que s'encarreguen de l'estudi i detecció de sentiments i conductes associades a la mort d'una persona. Les condicions per a l'ajuda a través d'aquests grups són: que la persona la sol·liciti i accepti el seu suport de forma voluntària i que permeti establir una relació verbal o no verbal amb

algun membre del grup, que fomenti trobades interpersonals amb aquella persona i tingui actituds d'acceptació, harmonia i empatia.

Aquests grups poden estar constituïts per personal sanitari i per professionals entrenats en tanatologia i tenen com a propòsit oferir suport emocional a aquells que han perdut algú per a fer front a la pena, superar-la i restablir la seva vida. La funció d'aquests es fomentar la interrelació entre les persones afectades i la resta del grup que participa, estimulants la discussió i dirigir aquesta amb actitud d'escolta, a més d'estimular el diàleg utilitzant paraules i frases que no provoquin una major tristesa en els moments de reflexió i proposar respostes eficaces per al suport físic i emocional necessaris per a superar el dol (1).

El fet de compartir les vivències amb altres pares que han passat per la mateixa situació els ajuda a aprendre com superar aquest fet a través de l'experiència dels altres i així poden desenvolupar millors estratègies d'afrontament al següent embaràs. D'aquí la importància del maneig del dol de forma grupal amb altres persones que han tingut la mateixa vivència (1,2).

L'any 2008 es va crear a Espanya una de les pàgines web referents en quant al suport per a la mort perinatal i neonatal: el portal Umamanita. Els creadors, van patir un dol perinatal per la mort d'una filla i van desenvolupar aquesta pagina per ajudar a tots aquells pares que estan passant per un dol perinatal. Aquest portal compta amb recursos tant per pares i familiars com per personal sanitari (40).

Un altre exemple d'associació és Petits amb llum, formada per mares, pares i familiars que han patit la pèrdua perinatal. A més, aquest portal, com l'anterior, compta amb recursos tant per pares i familiars com per personal sanitari (41).

A nivell de la província de Lleida, l'any 2002 es va crear l'entitat de Servei de Suport al Dol de Ponent amb l'objectiu de donar suport psicosocial a persones que estant passant per algun tipus de dol. Aquest servei es dirigeix a diferents àmbits d'actuació: programa assistencial de recolzament tant individual com comunitari i, fins i tot, ofereixen sessions de formació (42).

### 3. Justificació

Després d'una cerca bibliogràfica exhaustiva, s'ha observat una manca de coneixements sobre el dol perinatal en professionals sanitaris que s'evidencia amb cures inadequades envers els pares i familiars que estan patint aquest tipus de dol.

Els professionals de la salut que treballen en ambients de ginecologia, obstetrícia i pediatria es troben regularment amb situacions d'avortament espontani, avortament voluntari, interrupció voluntària de l'embaràs per problemes del fetus o amenaça per a la salut materna, mort i pèrdua perinatal. Aquests, dins la seva intervenció professional han d'oferir suport a les famílies que estan passant per un dol.

Cada persona pateix el dol d'una forma diferent, per tant, s'ha de tenir en compte al moment d'acompanyar als pares i familiars que han perdut el seu fill amb el seu dol.

La formació sobre aquest tema és mínima o insuficient i els professionals d'infermeria no estan suficientment preparats per a fer front a una situació d'aquest tipus, fet que es tradueix en una manca d'estratègies i recursos per a afrontar el seu propi dol relacionat amb la mort del seu pacient i ajudar a aquells pares i familiars a sobreposar la pèrdua.

Per tant, seria necessari una formació actualitzada i reflexiva que afavoreixi l'elaboració de protocols sobre el dol perinatal als professionals d'infermeria de la planta de materno – infantil, UCI neonatal i sala de parts, per garantir unes cures de forma adequada en una situació de dol perinatal, ja sigui per a oferir unes cures amb major professionalitat als pares i familiars i així, reduir la angoixa i ansietat dels mateixos professionals davant aquesta circumstància.

## 4. Objectius

### 4.1. Objectius generals

- Reduir un 25% de la puntuació en l'escala *Nursing Stress Scale* (NSS) del 80% dels professionals de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida inclosos en el programa d'intervenció 6 mesos després de l'assistència a la intervenció proposada realitzada entre els mesos d'octubre i novembre del 2014 mitjançant la visualització del vídeo del *Perinatal Hospice*.
- El 90% dels pares i familiars en una situació de pèrdua perinatal ocorreguda a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova entre gener i desembre de 2015 tindran una puntuació de satisfacció sobre la intervenció d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores un 25% més elevada en l'escala SERVQHOS que la satisfacció dels pares atesos abans de la intervenció a la planta de materno – infantil, UCI neonatal i sala de parts de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

### 4.2. Objectius específics

- En un període de 6 mesos després de la finalització de la intervenció, el 95% dels professionals d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria de la planta de materno – infantil, UCI neonatal i sala de parts de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida inclouran en la història clínica de la mare que aborden les cures del dol perinatal segons el protocol establert en la intervenció proposada.
- Al finalitzar el programa d'intervenció, el 90% dels professionals d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria hauran assistit al 80% de les sessions d'actualització, reflexió i elaboració de protocols sobre el dol perinatal.
- En un període de 6 mesos després de la intervenció sobre el dol perinatal, l'equip de professionals experts integrat per les supervisores d'infermeria de la planta de materno – infantil, UCI neonatal i sala de parts de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova es reuniran en el 80% dels casos de mort perinatal amb les infermeres responsables de les cures per a planificar un pla de cures per a la família.

#### **4.2.1. Objectius específics de les sessions**

##### Primera sessió: Contextualització del tema

- El 80% dels professionals d'infermeria proposarà un mínim de 3 idees per persona per a millorar les cures d'infermeria en pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal.

##### Segona sessió: Visualització de la pel·lícula (*El amor y otras cosas imposibles*)

- El 85% dels participants en la sessió proposarà un mínim de 3 conclusions relacionades amb la pràctica clínica habitual a partir de la situació de la pel·lícula projectada.

##### Tercera sessió: Actuació del personal sanitari

- El 85% dels professionals d'infermeria identificarà 4 missatges correctes i 5 d'incorrectes cap a la família que esta passant per un dol perinatal.

##### Quarta sessió: Experiències d'un familiar que ha patit el dol perinatal

- El 80% dels participants en la sessió proposarà un mínim de 3 actuacions que han d'estar presents i 3 actuacions que han d'estar absents en l'acompanyament del dol perinatal a pares i familiars.

##### Cinquena sessió: Anàlisi de casos clínics

- El 80% dels professionals d'infermeria resoldran correctament els casos clínics proposats durant la sessió.

##### Sisena sessió: Elaboració del protocol

- El 15 % de les aportacions i reflexions realitzades pels participants durant les sessions del programa d'intervenció seran incloses al protocol sobre el dol perinatal.

## **5. Metodologia**

### **5.1. Població diana**

La intervenció dissenyada està destinada a tots aquells professionals d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria de la planta materno – infantil, UCI neonatal i sala de parts de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova amb contracte d'interinatge.

Només s'admetran dins el programa d'intervenció aquells professionals contractats fins el dia abans de la realització de la primera sessió de la intervenció.

S'exclouran del programa d'intervenció tots aquells nous nadius un cop hagi començat el la intervenció.

### **5.2. Preguntes**

- Quins són els coneixements que necessiten els professionals d'infermeria per a millorar les cures sobre el dol perinatal i mitigar les seves pors i temors abans de la intervenció?
- Com actua el professional d'infermeria abans de la intervenció?
- Quin tipus d'intervencions i de cures necessiten els pares i familiars que pateixen un dol perinatal per a elaborar el dol de forma adequada?

### **5.3. Metodologia de la cerca**

S'ha realitzat una cerca exhaustiva de l'evidència científica existent sobre el tema del dol perinatal relacionat amb el personal sanitari consultant diferents bases de dades com *Pubmed*, *Cochrane*, *Scopus* o *Cuiden*. El període de cerca bibliogràfica s'ha desenvolupat a partir del novembre de 2013 fins al gener de 2014, tot seguint la programació del cronograma. Durant l'abril de 2014 es va realitzar una nova recerca bibliogràfica per actualitzar la informació existent sobre el dol perinatal.

#### **5.3.1. Paraules clau**

*Duelo, perinatal, muerte, profesional, sanitario, grief, mortality, religion, loss, baby, culture*

#### **5.3.2. Criteris d'inclusió**

- Articles que parlin exclusivament del dol perinatal.



- Articles que relacionin el dol perinatal amb l'actuació del personal sanitari.
- Articles publicats a partir de l'any 2008.
- Articles publicats a revistes indexades.

### **5.3.3. Criteris d'exclusió**

- Articles que datin inferior a 2008, excepte les escales validades i la guia d'actuació.
- Articles que no siguin del nostre entorn socioeconòmic i cultural.

### **5.4. Síntesis de l'evidència trobada**

Durant els últims anys, el dol perinatal ha adquirit una major importància provocat per un canvi d'actitud dels pares i una major sensibilitat per part de la societat sobre aquest tema (8,9). El dol perinatal és aquell provocat per la mort del nadó en els períodes fetal intermedi, fetal tardà i neonatal primerenc, que comprèn des de la setmana de gestació 22 o pes al néixer major a 500 grams fins al setè dia després del naixement (3,6,9–11).

S'ha comprovat que a nivell espanyol hi ha una infradeclaració de la mort perinatal (2,10), tot i així, l'any 2012 es van declarar un total de 1483 morts fetals tardanes (el producte de la concepció mor abans de l'expulsió o extracció completa del cos major a la setmana de gestació 28) i 960 defuncions entre els 0 i els 28 dies del naixement (18). El mateix any, a Catalunya, es van produir 319 morts fetals tardanes i 194 defuncions entre els 0 i 28 dies del naixement. A la província de Lleida, es van produir 21 morts fetals tardanes durant l'any 2012 (19).

Les actituds dels pares i familiars davant la pèrdua perinatal depèn de diferents factors que s'han de tenir en compte al moment d'actuar com a professional sanitari (9). La majoria de cops, aquests professionals no saben com comportar-se davant aquest tipus de pèrdua (1,3,5) i s'evidencia en què les seves intervencions no satisfan les necessitats dels pares i familiars (2,5).

Vist que la formació del dol perinatal és mínima durant els continguts acadèmics del grau d'infermeria, seria convenient preparar als professionals sanitaris sobre el dol perinatal per a poder oferir unes cures més eficaces al moment d'actuar amb els pares i família que han patit la mort perinatal i estan elaborant el seu dol (3–5,34).

## 6. Intervenció: Dol perinatal, un repte en les cures d'infermeria

Per a augmentar la predisposició dels professionals inclosos en el programa d'intervenció a la participació en aquest, s'explicarà als professionals que un dels objectius és que incrementin els coneixements i habilitat sobre el tema, com a factor reforçador de la participació i adherència al programa s'ofertaran 2 credits de formació a més d'un menor nivell d'ansietat al finalitzar el programa i com a factor afavoridor de la posada en marxa dels coneixements treballats en la intervenció i l'elaboració d'un protocol sobre el dol perinatal i les reunions de les infermeres responsables de les cures amb les supervisores expertes.

### Primera sessió: Contextualització del tema

- Objectius de la sessió:
  - Presentar el programa d'intervenció a tots els professionals assistents de la sessió.
  - Conèixer el nivell de coneixements i pràctica clínica previs a la intervenció sobre el dol perinatal dels professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria de la sala de parts, la planta de materno – infantil i UCI neonatal.
- Número de sessions:
  - Matí:
    - 9:00 – 11:00
    - 12:30 – 14:30
  - Tarda:
    - 16:00 – 18:00
    - 19:30 – 21:30
- Temps total de la sessió: 2 hores per sessió amb 15 minuts de descans
- Nombre de participants: 15 persones
- El conductor/docent del grup:
  - Presenta el temari teòric sobre el dol perinatal
  - Fomenta la pluja d'idees de tots els assistents
  - Resol els dubtes que hagin pogut sorgir després de la sessió
- Els participants:
  - Escolten atentament l'explicació

- Participen activament durant la sessió
- Exposen els seus dubtes sobre el tema
- Recursos utilitzats:
  - Recursos materials:
    - Sala de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
    - Ordinador amb projector
    - PowerPoint amb el tema sobre la contextualització al dol perinatal
    - Suficients cadires amb taula pels assistents
  - Recursos humans: Un professional expert sobre el tema del dol perinatal
- Desenvolupament de la sessió:

Durant els primers 5 minuts de la sessió, es presentarà el programa d'intervenció i els assistents a tots els professionals sanitaris que acudeixin a la sessió. Acte seguit, durant els següents 5 minuts, es presentarà al professional expert sobre el dol perinatal i s'explicaran els objectius que s'esperen aconseguir amb aquestes sessions sobre el dol perinatal i, més concretament, en aquesta primera sessió. Després s'exposarà com es desenvoluparà la sessió, és a dir, primer hi haurà una part de presentació i després una posada en comú del tema tractat a la sessió (introducció al tema amb epidemiologia, causes i factors de risc i com afecta el dol perinatal a personal sanitari i familiars). El professional conductor de la sessió s'assegurarà que ha quedat clar tot el que es desenvoluparà en aquesta sessió.

Durant els 5 minuts següents, cadascú anotarà tots els aspectes, dubtes i propostes que els suggereix el tema del dol perinatal per a poder anar treballant en futures sessions sobre aquests.

Els següents 30 minuts es dividiran en grups de 5 persones (3 subgrups) i cada grup analitzarà les dificultats en què es poden trobar com a professionals sanitaris relacionat amb diferents situacions de mort perinatal i ho hauran de debatre entre ells. Aquests temes tractaran sobre: un gran prematur a la UCI neonatal, una mort perinatal en el moment del part i una situació d'òbit fetal. Aquests hauran d'explicar com treballen habitualment en el moment d'informar a pares i familiars de la situació i com acompanyar-los en el procés de dol després de la pèrdua. Els següents 10

minuts, ho posaran en comú per tot el grup i cadascú podrà donar la seva opinió tot realitzant una síntesis.

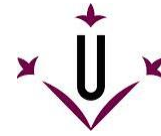
Després, es realitzarà un descans de 15 minuts.

Acte seguit, els pròxims 45 minuts restants, el professional expert amb el tema de dol perinatal realitzarà la seva presentació: Primer es posarà un vídeo on s'observa com es tracta el dol perinatal a un hospital dels Estats Units (43) amb una duració de 5:32 minuts (*Perinatal Hospice*) per presentar el tema de forma més visual i per a què reflexionin sobre quines conclusions extreuen del vídeo per a poder millorar el servei. Després es passarà l'escala *Nursing Stress Scale* a tots els participants per poder avaluar el seu grau d'estres abans de la intervenció proposada. Un cop finalitzat el qüestionari, es realitzarà una introducció al tema, epidemiologia actual, causes i factors de risc i com afecta el dol perinatal als pares i al professional sanitari en relació a les fases del dol i les emocions viscudes tant pels professionals com pels familiars i com poden actuar segons les diferents cultures i religions (catòlics, musulmans/islàmics, hindús, jueus, budistes i indis).

Al finalitzar la sessió, després de l'explicació del professional expert, es dedicaran 15 minuts per aportar idees per a millorar la forma de resoldre les situacions proposades anteriorment sobre el dol perinatal que es guardaran com a part de la documentació per a poder elaborar el protocol.

- Avaluació:

S'avaluarà mitjançant l'aportació de mínim 3 noves idees per persona per a millorar les cures d'infermeria a pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal a partir de la síntesi realitzada després de l'exposició del professional expert. Aquest material es guardarà per a elaborar el protocol en l'última sessió.



## **Segona sessió: Visualització de la pel·lícula (*El amor y otras cosas imposibles*)**

- **Objectius de la sessió:**
  - Analitzar els fragments de la pel·lícula *El amor y otras cosas imposibles* (44) que tracti sobre el dol perinatal per poder valorar el que senten els pares davant la mort del seu fill.
- **Número de sessions:**
  - **Matí:**
    - 9:00 – 11:00
    - 12:30 – 14:30
  - **Tarda:**
    - 16:00 – 18:00
    - 19:30 – 21:30
- **Temps total de la sessió:** 2 hores per sessió
- **Nombre de participants:** 15 persones
- **El conductor/docent del grup:**
  - Presenta la pel·lícula al grup
  - Fomenta la participació dels assistents
  - Resol els dubtes que hagin pogut sorgir després de la sessió
- **Els participants:**
  - Miren la pel·lícula atentament
  - Participen activament després d'analitzar la pel·lícula
  - Exposen els dubtes que hagin pogut sorgir durant aquesta
- **Recursos utilitzats:**
  - **Recursos materials:**
    - Sala de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
    - Ordinador amb projector
    - Pel·lícula que s'ha de projectar amb tots els permisos
    - Suficients cadires amb taula pels assistents
  - **Recursos humans:** Un professional expert sobre el dol perinatal

- Desenvolupament de la sessió:

El professional conductor de la sessió destinarà els primers 5 minuts per a presentar la pel·lícula tot explicant la seva sinopsis i proposant diferents qüestions per a què els assistents reflexionin durant la projecció de la pel·lícula.

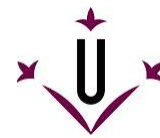
Qüestions proposades:

- Quin sentiment et provoca, com a professional sanitari, una pèrdua perinatal com la de la pel·lícula?
- Quin sentiment et provoca l'actitud dels pares?
- Com actaries com a professionals davant un cas com el de la pel·lícula?
- Com faries front a la sensació que has sentit?
- Quines sensacions t'ha provocat la visualització d'aquesta pel·lícula?

Seguidament, es projectarà les parts de la pel·lícula *"El amor y otras cosas imposibles"* que tracten sobre el dol perinatal. Aquesta pel·lícula, tracta sobre una noia (Emilia) que s'acaba de casar amb el seu cap (Jack), que estava casat i amb fills. Després reben la feliç notícia que esperen un fill, però malauradament la seva filla recent nascuda mor i s'observa com aquest feliç matrimoni es troba intentant superar el dol.

Un cop finalitzada la pel·lícula, es destinaran 45 minuts per a què es formin 2 grups (un grup de 7 persones i l'altre de 8 persones) i cadascun d'ells tracti sobre un tema diferent, per tenir diferents punts de vista de la pel·lícula: Un grup tractarà sobre com actuar com a professional sanitari davant un cas com el de la pel·lícula i l'altre sobre com fer front a les emocions viscudes dels pares. Els dos grups hauran d'exposar quines sensacions han tingut durant la projecció de la pel·lícula.

Les conclusions que ha d'aportar cada grup han de respondre a les qüestions proposades abans de veure la pel·lícula. Aquestes conclusions, es guardaran per a l'elaboració final del protocol.



- Avaluació:

Es realitzaran pòsters amb les conclusions dels tres grups sobre el tema de la pel·lícula i es valorarà la informació que va donant cada grup. Aquest material es guardarà per a elaborar el protocol en l'última sessió.

### **Tercera sessió: Actuació del personal sanitari**

- Objectius de la sessió:

- El professional d'infermeria i auxiliars d'infermeria assistent a la sessió serà capaç d'adquirir els coneixements, tècniques i habilitats necessaris per poder actuar de forma correcta davant una pèrdua perinatal.
- Els professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria assistents a la sessió rebràn la informació necessària per poder fer front a les seves emocions davant l'acompanyament professional d'una pèrdua perinatal.

- Número de sessions:

- Matí:
  - 9:00 – 11:00
  - 12:30 – 14:30
- Tarda:
  - 16:00 – 18:00
  - 19:30 – 21:30

- Temps total de la sessió: 2 hores per sessió amb 10 minuts de descans

- Nombre de participants: 15 persones

- El conductor/docent del grup:

- Presenta el temari teòric i pràctic sobre el dol perinatal basat en l'actuació dins la sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal
- Fomenta la participació de tots els assistents
- Resol els dubtes que hagin pogut sorgir després de la sessió

- Els participants:

- Escolten atentament l'explicació
- Participen activament durant la sessió
- Exposen els seus dubtes sobre el tema

- Recursos utilitzats:
  - Recursos materials:
    - Sala de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
    - Ordinador amb projector
    - PowerPoint amb el tema sobre com ha d'actuar el professional d'infermeria de les 3 àrees davant el dol perinatal
    - Suficients cadires amb taula pels assistents
  - Recursos humans: Un professional expert sobre el dol perinatal
- Desenvolupament de la sessió:

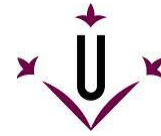
Els primers 5 minuts es presentarà el professional expert sobre el dol perinatal i s'exposaran els objectius que s'esperen aconseguir amb aquesta sessió. Seguidament, s'explicarà com es desenvoluparà la sessió, és a dir, primer hi haurà una part de presentació del tema sobre les recomanacions d'actuació del professional d'infermeria davant el dol perinatal dins la sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal i després el plantejament i realització de casos clínics per part dels assistents. El professional conductor de la sessió s'assegurarà que ha quedat clar tot el que es desenvoluparà en aquesta tercera sessió.

Durant els 30 minuts següents es dividiran en 3 subgrups segons treballin a sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal i es repartiran diferents cartolines amb temes diversos sobre falsos mites i actuacions correctes sobre el dol perinatal que hauran de col·locar segons creuen que són correctes o no per a fomentar el debat i el diàleg entre els diferents membres del grup i reflexionar sobre aquests, si han utilitzat algun cop algun d'aquests comentaris catalogat com a incorrecte i sobre com es senten ara que tenen aquest recurs. També es podran treballar aquells aspectes, dubtes i propostes que hauran anotat els assistents durant la primera sessió.

Cartolines pel grup de sala de parts (7,39):

- Evitar que la família vegi al nen ja que els pot afectar negativament.  
(Incorrecte)





- Restar en silenci donant intimitat a la família. (*Correcte*)
- Actuar amb indiferència i distància amb la família. (*Incorrecte*)
- Explicar les seves opcions i donar-los suport en les seves decisions. (*Correcte*)
- Ajudar-los a realitzar una caixa de records del seu fill si ho desitgen. (*Correcte*)
- Frases:
  - “Sou joves i en podeu tenir un altre” (*Incorrecte*)
  - “Sé pel que esteu passant” (*Incorrecte*)
  - “El temps ho cura tot” (*Incorrecte*)
  - “M’imagino el molt que estimàveu aquest nadó” (*Correcte*)
  - “La veritat, no sé molt bé que dir-los-hi” (*Correcte*)

Cartolines pel grup de la planta materno – infantil (39):

- Posar a la mare en una habitació qualsevol de la planta amb nadons a la vora. (*Incorrecte*)
- Parlar amb ells sobre la situació actual. (*Correcte*)
- Canviar de tema quan els pares parlin del nadó. (*Incorrecte*)
- Referir-se al seu fill com a fetus. (*Incorrecte*)
- Estar disponibles per a ells quan ho necessitin. (*Correcte*)
- Frases:
  - “No ploris” (*Incorrecte*)
  - “Ara està en un lloc millor” (*Incorrecte*)
  - “No em molesta que plorin” (*Correcte*)
  - “La veritat es que no sé ben bé que dir-los” (*Correcte*)
  - “Sento el que us ha passat” (*Correcte*)

Cartolines per al grup d’UCI neonatal (39):

- Donar intimitat a pares i família en el moment que es desenvolupi la mort. (*Correcte*)
- Explicar les seves opcions i donar-los-hi suport en les seves decisions. (*Correcte*)
- Amagar informació per a què no es sentin pitjor. (*Incorrecte*)



- Evitar el contacte físic i intimar amb la família. (*Incorrecte*)
- Facilitar que estiguin les últimes hores de vida del seu nadó amb ell. (*Correcte*)
- Frases:
  - “Tot passa per alguna raó.” (*Incorrecte*)
  - “Siguis fort/a i no ploris.” (*Incorrecte*)
  - “Sento el que us ha passat.” (*Correcte*)
  - “Ara tens un angelet.” (*Incorrecte*)
  - “Estem fent tot el possible per ajudar al vostre fill però no està responent i s’haurien de reconsiderar el que es millor per a ell, els mantindrem informats i junts podem arribar a una decisió”. (*Correcte*)

Acte seguit, es realitzaran 10 minuts de descans.

Després, els 20 minuts següents, el professional expert realitzarà la seva presentació exposant l’actuació recomanable davant el dol perinatal dins la sala de parts: Oferir l’oportunitat de crear una caixa de records i veure, sostenir i posar-li nom al seu fill, sempre amb una actitud de respecte i autonomia als pares i familiars, permetre que passin el temps que necessitin amb el seu nadó i explicar les opcions i procediments com autòpsia o serveis fúnebres, tot respectant la seva religió i cultura (7).

Durant els 20 minuts següents, el professional expert realitzarà la seva presentació exposant l’actuació recomanable davant el dol perinatal a la planta de materno – infantil: Com comunicar-se amb els pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal, localització de l’habitació (lluny d’altres recent nascuts) i habilitar l’habitació per una pèrdua perinatal (és a dir, treure tots aquells objectes útils per un recent nascut com el bressol o el canviador).

Els 20 minuts següents, el professional expert realitzarà la seva presentació exposant l’actuació recomanable davant el dol perinatal a la UCI neonatal: Com donar la informació als pares, respectar les seves decisions i la seva autonomia sobre el nen o donar-los l’oportunitat de crear una caixa de records, permetre que passin el temps que necessitin amb el seu nadó, proporcionar intimitat a pares i familiars però sense abandonar-los, tranquil·litzar-los i explicar les opcions i procediments com autòpsia,

serveis fúnebres, tot respectant la seva religió i cultura, i serveis psicològics. Cal remarcar que la decisió de retirar el suport vital no ha de recaure en els pares del nadó per a què no se sentin responsables de la mort del seu fill (7). També informará de la presència del grup de professionals experts creat a partir de les supervidores de les plantes de materno – infantil, sala de parts i UCI neonatal per a què puguin acudir quan necessitin orientació sobre el pla de cures, tècniques o estratègies per a millorar les cures de les famílies que estan passant per una situació de dol perinatal.

Els 15 minuts finals, informará de la presència de l'equip de professionals experts creat a partir de les supervidores de les plantes de materno – infantil, sala de parts i UCI neonatal per a què puguin acudir quan necessitin orientació sobre el pla de cures, tècniques o estratègies per a millorar les cures de les famílies que estan passant per una situació de dol perinatal.

- Avaluació:

S'avaluarà mitjançant l'observació i valoració de les aportacions del debat i discussió de cada subgrup sobre les cartolines abans de l'exposició. Han de reconèixer un mínim de 4 missatges correctes i 5 d'incorrectes cap a la família que està passant per un dol perinatal. Aquest material es guardarà per a elaborar el protocol en l'última sessió.

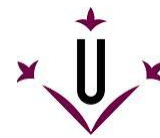
#### **Quarta sessió: Experiències d'un familiar que ha patit el dol perinatal**

- Objectius de la sessió:

- Analitzar com un pare/mare que ha patit el dol perinatal s'ha sentit amb l'actuació del professional sanitari.
- Que el professional d'infermeria reflexioni sobre la seva actuació.

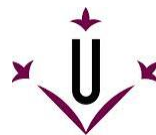
- Número de sessions:

- Matí:
  - 9:00 – 10:30
  - 13:00 – 14:30



- Tarda:
  - 16:00 – 17:30
  - 20:00 – 21:30
- Temps total de la sessió: 1 hora i 30 minuts per sessió
- Nombre de participants: 15 persones
- El conductor/docent del grup:
  - Presenta el familiar que ha patit el dol perinatal
  - Fomenta la posada en comú i la participació de tots els assistents
  - Resol els dubtes que hagin pogut sorgir després de la sessió
- Els participants:
  - Escolten atentament l'explicació
  - Participen activament durant la sessió
  - Exposen els seus dubtes sobre el tema
- Recursos utilitzats:
  - Recursos materials:
    - Sala de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
    - Ordinador amb projector
    - PowerPoint amb el tema que exposarà el convidat
    - Suficients cadires amb taula pels assistents
  - Recursos humans: Un familiar convidat que ha patit el dol perinatal i vol explicar la seva experiència sobre com es va sentir amb l'actuació del professional sanitari
- Desenvolupament de la sessió:

Els primers 5 minuts s'exposaran els objectius que s'esperen aconseguir durant aquesta sessió. Acte seguit, s'explicarà com es desenvoluparà la sessió, és a dir, primer hi haurà una part d'anàlisi sobre l'acompanyament a pares i familiars al dol perinatal, després es procedirà a l'exposició del pare/mare que ha patit una mort perinatal i finalment, una part de reflexió. El professional conductor de la sessió s'assegurarà que ha quedat clar tot el que es desenvoluparà en aquesta sessió.



Els següents 20 minuts s'organitzaran en diferents subgrups (3 grups de 5 persones) per a què reflexionin i analitzin les condicions que haurien d'estar presents i absents en l'acompanyament del dol perinatal a pares i familiars, que es posaran en comú mitjançant un portaveu un després de la presentació del familiar.

Durant els 45 minuts següents es presentarà el pare/mare convidat que ha patit el dol perinatal i realitzarà la seva presentació exposant la seva experiència amb el dol perinatal i com es va sentir envers l'actuació del personal sanitari.

Al finalitzar la sessió, els últims 20 minuts, tornaran a posar amb els mateixos subgrups de l'inici de la sessió per a què reflexionin sobre la informació rebuda durant les sessions que s'ha realitzat i donant la seva opinió en petit comitè. El portaveu de cada grup que exposarà les seves conclusions i que farien ells per millorar, i així de cada grup. El professional expert sobre el dol perinatal resoldrà als assistents els dubtes que els hagin pogut sorgir durant aquesta reflexió.

- Avaluació:

S'avaluarà mitjançant les conclusions a què arriba cada grup.

### **Cinquena sessió: Anàlisi de casos clínics**

- Objectius de la sessió:

- Fomentar l'empatia dels professionals sanitaris davant una pèrdua perinatal.
- Resoldre correctament els casos clínics plantejats.

- Número de sessions:

- Matí:

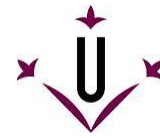
- 9:00 – 10:30
- 13:00 – 14:30

- Tarda:

- 16:00 – 17:30
- 20:00 – 21:30

- Temps total de la sessió: 1 hora i 30 minuts per sessió

- Nombre de participants: 15 persones



- El conductor/docent del grup:
  - Fomenta la participació de tots els assistents
  - Proposa els casos clínics a desenvolupar.
  - Ajuda a reflexionar sobre el dol perinatal
  - Resol els dubtes que hagin pogut sorgir durant la sessió
- Els participants:
  - Participen activament durant la sessió
  - Desenvolupen els casos clínics.
  - Reflexionen sobre el dol perinatal
  - Exposen els seus dubtes sobre el tema
- Recursos utilitzats:
  - Recursos materials:
    - Sala de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
    - Ordinador amb projector
    - PowerPoint amb els casos clínics a desenvolupar en role-playing
    - Suficients cadires pels assistents
  - Recursos humans: Un professional expert sobre el tema del dol perinatal
- Desenvolupament de la sessió:

Els primers 5 minuts, es presentarà el professional expert sobre el dol perinatal. Seguidament, s'explicaran els objectius que s'esperen assolir durant la sessió. Després s'explicarà com es desenvoluparà aquesta sessió: es desenvoluparan varis casos clínics. El professional conductor de la sessió s'assegurarà que ha quedat clar tot el que es desenvoluparà en aquesta sessió.

Durant l'hora i 15 minuts següents es realitzaran 3 subgrups de 5 persones per a desenvolupar diferents casos clínics. A cada grup se li donarà un cas diferent i l'hauran de resoldre per a exposar les conclusions que s'han extret davant els altres membres.

Els últims 10 minuts estan destinats a resoldre els dubtes que hagin pogut sorgir durant la sessió i cada grup donarà la seva opinió i conclusions del seu cas.

### Casos clínics:

- Cas clínic 1: Gestant de 41 setmanes de gestació acudeix a urgències perquè no nota moviments fetals des del dia anterior. Es procedeix a realitzar una ecografia i s'objectiva absència de batec fetal. S'informa a la gestant i la seva parella, s'administra medicació ansiolítica en cas necessari, i s'intenta deixar espai a la parella per assumir i fer front a aquesta situació. Passades unes hores, neix mitjançant part vaginal una nena de 3200 g que presenta dos nusos vertaders de cordó umbilical, possible causa de la mort fetal.
- Cas clínic 2: Dona de 29 anys d'edat embarassada de 8 setmanes que acut a urgències per dolor pèlvic i hemorràgia vaginal moderada. Es realitza una ecografia on detecten restes embrionàries (avortament incomplet). Es ingressada a la planta de matern – infantil per a realitzar, posteriorment, un raspat evacuador.
- Cas clínic 3: Dona de 33 anys d'edat, embarassada de 40 setmanes que ingressa al bloc obstètric per amniorrèxis espontània amb líquid amniòtic tenyit, però no molt espès. En el curs de part, la gestant presenta febre de 39°C, al temps que el registre fetal empitjora radicalment. Es decideix realitzar una cesària urgent. Neix un nadó de 3210 g, Apgar 3-7-9; presenta lesions papuloeritematoses disseminades per tot el cos. S'ingressa a UCI neonatal. Els cultius posteriors revelen infecció per *Listeria monocytogenes* (malaltia infecciosa bacteriana que produeix un alt índex de morts fetals/neonats). S'apliquen els tractaments necessaris, encara que el nado pateix un deteriorament progressiu morint a les 25 hores del naixement.
- Avaluació:  
S'avaluarà mitjançant la resolució correcta dels casos clínics. (Annex 3)

### **Sisena sessió: Elaboració del protocol**

- Objectius de la sessió:
  - Elaborar un protocol a partir d'un document elaborat prèviament amb les aportacions i conclusions dels diferents professionals sanitaris en el transcurs de les sessions del programa d'intervenció.



- Número de sessions:
  - Matí:
    - 9:00 – 10:30
    - 13:00 – 14:30
  - Tarda:
    - 16:00 – 17:30
    - 20:00 – 21:30
- Temps total de la sessió: 1 hora i 30 minuts per sessió
- Nombre de participants: 15 persones
- El conductor/docent del grup:
  - Fomenta la participació de tots els assistents per a l'elaboració del protocol
  - Ajuda a reflexionar sobre el dol perinatal
  - Resol els dubtes que hagin pogut sorgir durant totes les sessions
- Els participants:
  - Participen activament durant la sessió
  - Exposen els seus dubtes sobre el tema
  - Donen la seva opinió sobre l'elaboració del protocol
- Recursos utilitzats:
  - Recursos materials:
    - Sala de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
    - Suficients cadires pels assistents
  - Recursos humans: Un professional expert sobre el tema del dol perinatal
- Desenvolupament de la sessió:

Els primers 5 minuts aniran destinats a presentar el professional expert sobre el dol perinatal. Després s'explicarà el desenvolupament d'aquesta sessió: es farà una síntesis de la informació rebuda durant aquestes sessions per a l'elaboració del protocol per a professionals sanitaris incloent les aportacions dels participants durant tota la intervenció per al projecte de protocol de dol perinatal elaborat per l'equip de professionals experts, és a dir, es realitzarà un projecte comú entre els diferents professionals dels serveis de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal a partir



dels conceptes treballats a les sessions. El professional conductor de la sessió s'assegurarà que ha quedat clar tot el que es desenvoluparà en aquesta sessió.

En aquesta última sessió es dedicaran 60 minuts per a realitzar una síntesis de totes les sessions amb el material realitzat en aquestes (les cartolines, els pòsters, etc.) per a què acabin de quedar clars els conceptes, es puguin acabar de resoldre els dubtes que hagin pogut quedar i puguin donar les seves experiències i aportacions personals sobre el dol perinatal per a poder elaborar el protocol per a professionals sanitaris. Es recalcarà la presència del grup de professionals experts format per les supervisores de sala de parts, planta de materno-infantil i UCI neonatal per a poder-hi acudir quan sigui necessari.

Els següents 20 minuts aniran destinats a què els professionals sanitaris que han assistit a les sessions donin la seva opinió sobre aquestes (satisfacció, empatia, por, sensibilitat, etc.).

Al finalitzar la sessió, els minuts restants, es donaran les gràcies per haver-hi assistit i fer les seves aportacions per millorar aquest programa en futures promocions.

- Avaluació:

S'avaluarà mitjançant l'observació dels participants i mitjançant l'elaboració del document final del protocol i la inclusió a la història clínica de la mare de l'aplicació de les cures que s'han dut a terme segons el protocol.

### **Sessió 7: Impacte de la intervenció en l'estrès dels participants**

Als 6 mesos de la intervenció, es realitzarà l'última sessió per valorar l'impacte de la intervenció en l'estrès dels participants.

- Objectius de la sessió:

- Avaluar si la realització de la intervenció proposada ha disminuït l'estrès dels participants.

- Número de sessions:
  - Matí:
    - 9:00 – 9:30
    - 14:00 – 14:30
  - Tarda:
    - 16:00 – 16:30
    - 21:00 – 21:30
- Temps total de la sessió: 30 minuts per sessió
- Nombre de participants: 15 persones
- El conductor/docent del grup:
  - Projecta el vídeo que es va passar a la primera sessió.
  - Dóna l'enquesta *Nursing Stress Scale* als participants.
- Els participants:
  - Miren el vídeo atentament.
  - Responen adequadament el qüestionari *Nursing Stress Scale*.
- Recursos utilitzats:
  - Recursos materials:
    - Sala de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
    - Suficients cadires amb taula pels assistents
  - Recursos humans: Un professional expert sobre el tema del dol perinatal
- Desenvolupament de la sessió:

Durant els primers 5 minuts de la sessió, s'explicaran els objectius que s'esperen aconseguir durant aquesta. El professional conductor de la sessió s'assegurarà que ha quedat clar tot el que es desenvoluparà en aquesta sessió.

Després, durant els 15 minuts següents, es posarà el vídeo on s'observa com es tracta el dol perinatal a un hospital dels Estats Units (*Perinatal Hospice*) projectat durant la primera sessió. Després es passarà l'escala *Nursing Stress Scale* a tots els participants per poder avaluar el seu grau d'estres un cop realitzada la intervenció proposada i després d'uns mesos d'aplicació del protocol.

Els 10 últims minuts els participants exposaran les seves sensacions durant aquests mesos després de la intervenció.

- Avaluació:

S'avaluarà mitjançant la valoració a partir del qüestionari *Nursing Stress Scale*.

## 7. Avaluació de la intervenció

### 7.1. Indicadors dels objectius generals i específics

#### **Nivells d'ansietat del professional d'infermeria davant la pèrdua perinatal**

- Que es vol valorar: Els nivells d'ansietat i estrès del professional d'infermeria davant una pèrdua perinatal.
- Justificació: Per valorar si l'aplicació del protocol i les sessions de formació han ajudat a disminuir el nivell d'ansietat del professional d'infermeria davant una situació de pèrdua perinatal.
- Com s'avaluarà: Mitjançant l'escala *Nursing Stress Scale* (NSS).
- Quan s'avaluarà:
  - Es passarà el qüestionari als professionals d'infermeria abans de començar la intervenció per valorar el grau d'estrès i ansietat que presenten davant el tema sobre el dol perinatal abans de la implantació del protocol mitjançant la visualització d'un vídeo on s'observa com es tracta el dol perinatal a un hospital dels Estats Units (*Perinatal Hospice*).
  - Es tornarà a passar el qüestionari als 6 mesos la intervenció després de la visualització del mateix vídeo que la primera sessió per valorar si aquests nivells d'ansietat i estrès estan al mateix nivell que al moment d'iniciar la intervenció.

#### **Satisfacció dels familiars en una situació de pèrdua perinatal**

- Que es vol valorar: El grau de satisfacció del pare/mare i familiars que es troben en una situació de pèrdua perinatal davant l'actuació del personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores.
- Justificació: Per valorar si amb l'aplicació del protocol ha millorat l'actuació dels professionals d'infermeria davant la pèrdua perinatal i els pares i familiars perceben una millor atenció per part d'aquests.
- Com s'avaluarà: Es passarà el qüestionari SERVQHOS.

- Quan s'avaluarà:
  - Es passarà l'escala SERVQHOS 2 mesos abans de la intervenció als pares que han patit una pèrdua perinatal a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova abans de començar la intervenció per valorar el grau de satisfacció d'aquests amb la intervenció dels professionals d'infermeria de sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal.
  - A partir dels 3 mesos de la realització de la intervenció, es passarà el qüestionari SERVQHOS quan els pares marxïn d'alta o un cop transcorreguts 15 dies de l'alta de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova després d'una situació de pèrdua perinatal a sala de parts, planta de materno – infantil o UCI neonatal per a intentar millorar la seva satisfacció dels pares després de la intervenció realitzada als professionals sanitaris i l'elaboració del protocol.

#### **Ús del protocol per part del professional d'infermeria**

- Que es vol valorar: L'aplicació i implementació en la pràctica clínica del protocol sobre el dol perinatal per part del professional d'infermeria i auxiliars d'infermeria de sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal.
- Justificació: Es vol avaluar que s'utilitzi el nou protocol i s'observin canvis significatius en la intervenció dels professionals d'infermeria cap als pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal. A més, es busca una millora assistencial, la disminució de l'ansietat i l'augment de la satisfacció professional
- Com s'avaluarà:
  - Número de casos de pèrdua perinatal registrats a la història clínica de la mare seguint el protocol de mort perinatal / Número de casos totals de mort perinatal \* 100
  - Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores de la sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal que registra a la història clínica de la mare que segueix el protocol de mort perinatal / Personal d'infermeria auxiliars d'infermeria i llevadores de la sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal que ha participat en la intervenció \* 100

- Número de casos de pèrdua perinatal a sala de parts registrats a la història clínica de la mare seguint el protocol de mort perinatal / Número de casos totals de mort perinatal succeïts a sala de parts \* 100
- Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores de la sala de parts que registra a la història clínica de la mare que segueix el protocol de mort perinatal / Personal d'infermeria auxiliars d'infermeria i llevadores de sala de parts que ha participat en la intervenció \* 100
- Número de casos de pèrdua perinatal a planta de materno - infantil registrats a la història clínica de la mare seguint el protocol de mort perinatal / Número de casos totals de mort perinatal succeïts a la planta de materno - infantil \* 100
- Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria de la planta de materno - infantil que registra a la història clínica de la mare que segueix el protocol de mort perinatal / Personal d'infermeria auxiliars d'infermeria de la planta de materno - infantil que ha participat en la intervenció \* 100
- Número de casos de pèrdua perinatal a UCI neonatal registrats a la història clínica de la mare seguint el protocol de mort perinatal / Número de casos totals de mort perinatal succeïts a la UCI neonatal \* 100
- Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria de la UCI neonatal que registra a la història clínica de la mare que segueix el protocol de mort perinatal / Personal d'infermeria auxiliars d'infermeria de la UCI neonatal que ha participat en la intervenció \* 100
- Quan s'avaluarà: Cada 6 mesos

#### **Assistència dels professionals d'infermeria a les sessions de formació**

- Que es vol valorar: El percentatge d'assistència del professional d'infermeria de la sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal a les sessions de formació sobre el dol perinatal
- Justificació: Per valorar el percentatge d'assistència dels professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria, a les sessions de formació sobre el dol perinatal realitzades a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

- Com s'avaluarà:
  - Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores que ha assistit a les sessions de formació / Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores total que treballa en aquestes tres àrees i que compleix els criteris d'inclusió en el programa d'intervenció \* 100
  - Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores de la sala de parts que ha assistit a les sessions de formació / Personal d'infermeria, auxiliars d'infermeria i llevadores total que treballa a la sala de parts i compleix els criteris d'inclusió en el programa d'intervenció total \* 100
  - Personal d'infermeria i auxiliars d'infermeria de la planta de materno – infantil que ha assistit a les sessions de formació / Personal d'infermeria i auxiliars d'infermeria total que treballa a la planta de materno – infantil i compleix els criteris d'inclusió en el programa d'intervenció total \* 100
  - Personal d'infermeria i auxiliars d'infermeria de la UCI neonatal que ha assistit a les sessions de formació / Personal d'infermeria i auxiliars d'infermeria total que treballa a UCI neonatal i compleix els criteris d'inclusió en el programa d'intervenció total \* 100
- Quan s'avaluarà:
  - Al finalitzar cada sessió.
  - Al final de la intervenció.

### **Grup de professionals experts**

- Que es vol valorar: Es vol valorar si el grup de professionals experts integrat per les supervidores d'infermeria de la planta de materno – infantil, UCI neonatal i sala de parts de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova es reuneix en els casos de mort perinatal amb les infermeres responsables de les cures per a planificar un pla de cures per a la família.
- Justificació: Per saber si realment el grup de professionals experts de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova ajuda a les infermeres a planificar el pla de cures per a la família en situació de dol perinatal.

- Com s'avaluarà:
  - Casos de mort perinatal en què s'ha reunit el grup de professionals experts i les infermeres responsables de les cures de la unitat implicada en el cas de mort perinatal (sala de parts, planta de materno – infantil o UCI neonatal) / Casos totals de mort perinatal en les tres plantes \* 100
- Quan s'avaluarà: Després de 6 mesos de la realització de la intervenció, les infermeres responsables de les cures en cas d'una pèrdua perinatal es reuniran amb el grup de professionals experts per l'elaboració del pla de cures.

## 7.2. Indicadors dels objectius específics de les sessions

### Primera sessió: Contextualització del tema

- Com s'avaluarà:
  - Personal d'infermeria de la sala de parts, de la planta de materno – infantil i UCI neonatal participants en el programa d'intervenció que aporta un mínim de 3 idees per a millorar les cures d'infermeria en famílies que han patit una pèrdua perinatal / Personal d'infermeria total que participa en la sessió \* 100
- Quan s'avaluarà: Al finalitzar la primera sessió.

### Segona sessió: Visualització de la pel·lícula (*El amor y otras cosas imposibles*)

- Com s'avaluarà:
  - Personal d'infermeria de la sala de parts, de la planta de materno – infantil i UCI neonatal participants en el programa d'intervenció que aporta un mínim de 3 conclusions sobre el tema de la pel·lícula / Personal d'infermeria total que participa en la sessió \* 100
- Quan s'avaluarà: Al finalitzar la segona sessió.

### Tercera sessió: Actuació del personal sanitari

- Com s'avaluarà:
  - Personal d'infermeria de la sala de parts, de la planta de materno – infantil i UCI neonatal participants en el programa d'intervenció que identifica 4



missatges correctes i 5 d'incorrectes cap a la família / Personal d'infermeria total que participa en la sessió \* 100

- Quan s'avaluarà: Al finalitzar la tercera sessió.

#### Quarta sessió: Experiències d'un familiar que ha patit el dol perinatal

- Com s'avaluarà:
  - Personal d'infermeria de la sala de parts, de la planta de materno – infantil i UCI neonatal participants en el programa d'intervenció que proposa un mínim de 3 actuacions que han d'estar presents i 3 actuacions que han d'estar absents en l'acompanyament del dol perinatal / Personal d'infermeria total que participa en la sessió \* 100
- Quan s'avaluarà: Al finalitzar la quarta sessió.

#### Cinquena sessió: Anàlisi de casos clínics

- Com s'avaluarà:
  - Personal d'infermeria de la sala de parts, de la planta de materno – infantil i UCI neonatal que resol correctament 2 dels 3 casos clínics proposats / Personal d'infermeria total que participa en la sessió \* 100
- Quan s'avaluarà: Al finalitzar la cinquena sessió.

#### Sisena sessió: Elaboració del protocol

- Com s'avaluarà:
  - Publicació del protocol definitiu a l'intranet de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova a les 2 setmanes de la finalització de la intervenció.
  - Aportacions i reflexions dels participants del programa d'intervenció incloses al protocol / Total de continguts del document final del protocol.
- Quan s'avaluarà: Al finalitzar la sisena sessió.



## 8. Cronograma

	2013			2014						
	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol
Establir els propòsits del projecte.										
Diagnòstic de la situació: Revisió de la literatura existent i cerca bibliogràfica sobre el dol perinatal										
Concretar objectius del projecte.										
Cronograma del projecte.										
Realització del marc teòric.										
Desenvolupament metodològic.										
Plantejar la intervenció i la seva avaluació.										
Desenvolupar la metodologia de la intervenció i la seva avaluació.										
Realitzar una nova cerca bibliogràfica per actualitzar la informació.										
Revisar el projecte.										
Proposar la col·laboració amb la realització de la intervenció a les coordinadores de la planta de materno – infantil, UCI neonatal i sala de parts de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova										
Presentació del projecte al comitè d'ètica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.										
Informar de la realització de la intervenció a tots aquells professionals que entren dins del programa mitjançant e-mails i cartells als controls d'infermeria.										



	2014					2015				
	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig
Informar de la realització de la intervenció a tots aquells professionals que entren dins del programa mitjançant e-mails i cartells als controls d'infermeria.										
Realització de la intervenció.										
Avaluació de la intervenció.										

## 9. Consideracions ètiques

La intervenció proposada en aquest projecte està destinada a la formació sobre el dol perinatal dirigit al professional sanitari. Fent una revisió bibliogràfica s'ha observat que s'han realitzat diferents jornades de formació a professionals sobre el dol perinatal que han tingut bons resultats. Com a exemples de jornades trobem la *IV Jornada de Llevadores: Emocions entorn el naixement* organitzada pel Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Barcelona (COIB), realitzada a Barcelona el novembre de 2010. També trobem jornades online com la *Jornada Online de Actualización en Muerte Gestacional y Perinatal* realitzada el març de 2012, la qual, s'ha tornat a repetir aquest any.

El projecte d'intervenció sobre la formació a professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria sobre el dol perinatal serà lliurat al comitè d'ètica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova per a poder ser avaluat i aprovat, tot acceptant les consideracions que creguin oportunes. El projecte compleix els quatre principis bioètics:

- **Justícia:** Tots els participants de la intervenció proposada seran tractats en condicions d'igualtat i absència de discriminació, podent accedir de forma equitativa a tots els recursos del projecte. Els professionals de la salut que accedeixin a formar part del projecte seran tractats en igual consideració i respecte.
- **No – maleficència:** Amb la intervenció s'ofereix l'obligació primordial d'evitar causar danys de tot tipus als professionals de la salut que hi participin, com respecte a la vida i deure de la formació a tots per igual.
- **Autonomia:** Es respectarà en tot moment la llibertat de tots els professionals de salut de voler formar part del projecte i de les sessions que es duren a terme durant aquest. Cada participant serà informat de forma escrita i firmarà un consentiment informat, tot preservant la seva intimitat.
- **Beneficència:** En la posada a terme d'aquesta intervenció es busca aconseguir el màxim de beneficis possibles, tant per a professionals de la salut com per als seus pacients i minimitzar els possibles riscos que poden sorgir d'un tema com el dol perinatal.

Aquesta intervenció preservarà la intimitat dels seus participants així com la confidencialitat de la informació donada a les sessions. S'informarà als participants dels objectius del projecte i la seva metodologia i es firmarà un consentiment informat a l'inici de les sessions de formació, tot respectant la seva voluntat de participar o no en el desenvolupament de la intervenció sense patir cap repercussió si no volen formar-ne part. Quan finalitzi la intervenció, si ho desitgen, podran ser informats dels resultats.

Els beneficis esperats per als professionals que participin en la intervenció són una disminució de l'ansietat i l'estrès propis davant una pèrdua perinatal ja que adquiriran els coneixements per acompanyar als pares i familiars favorablement en el seu procés de dol i poder oferir unes cures adequades a pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal, tot millorant la satisfacció d'aquests.

Els riscos o inconvenients que es proposen en aquesta intervenció és que els professionals sanitaris no duguin a terme les tasques proposades pel protocol o no utilitzin les mesures que es presenten a les sessions. A més, també ens exposem a que no assisteixin a la totalitat de les sessions i perdin part de la informació donada.

S'informarà a tots aquells professionals sanitaris que entren dins del programa (professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria de la sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal) 3 mesos abans de la realització de la intervenció mitjançant e-mails i cartells que es penjaran als controls d'infermeria de les plantes susceptibles a entrar a formar part del programa (sala de parts, planta de materno – infantil i UCI neonatal).

## 10. Discussió

El programa d'intervenció formulat en aquest treball és una activitat innovadora i específica per a proporcionar la formació necessària als professionals sanitaris d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria destinat a disminuir la seva ansietat i estrès davant una pèrdua perinatal i que presentin les habilitats necessàries per a oferir unes cures adequades als pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal i estan passant per la situació de dol.

Mitjançant l'evidència científica existent, s'ha observat que els professionals sanitaris presenten una manca de formació sobre el dol perinatal i això es tradueix en un augment de la seva ansietat i estrès i, per tant, en una manca de cures adequades cap als pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal.

S'evidencia l'aplicació a la pràctica clínica amb la creació d'un protocol a partir de la mateixa intervenció amb la participació d'aquells professionals d'infermeria que n'han format part i amb la posterior instauració d'un equip de professionals experts que donaran suport als professionals d'infermeria per a millorar les cures de les famílies que pateixen una pèrdua perinatal.

Al territori espanyol hi ha pocs centres sanitaris on s'hagin establert pautes d'actuació davant la pèrdua perinatal, per tant, les intervencions, la cura i la formació davant el dol perinatal està pendent o són molt variades entre els diferents centres, per tant, es tracta d'una activitat innovadora dins el territori espanyol que pot aportar beneficis als professionals sanitaris i pares i familiars que es troben amb un cas de pèrdua perinatal.

Mitjançant el programa proposat, els professionals sanitaris poden haver revisat les habilitats i tècniques correctes sobre les cures adequades davant una pèrdua perinatal, amb la conseqüent disminució d'ansietat i estrès que els suposa no saber com actuar davant un cas de dol perinatal. Aquest fet també suposarà un augment de la satisfacció dels pares i familiars que estaran atesos per aquests professionals ja que es sentiran recolzats per part dels professionals sanitaris que els oferiran les cures adequades en la seva situació.

### **Limitacions**

Existeix una important limitació en l'admissió dels professionals sanitaris al programa d'intervenció, ja que hi pot haver una pèrdua important si només hi poden accedir aquells professionals amb un contracte d'interinatge fins el dia abans de la realització de la primera sessió de la intervenció, per tant, tots aquells nouvinguts un cop començada la intervenció o amb contractes temporals no hi podran accedir.

Una altra limitació és que els professionals sanitaris inclosos en el programa d'intervenció no tinguin interès en voler formar-hi part i actualitzar la informació sobre el dol perinatal. A més, que tampoc tinguin l'interès en voler assistir a la totalitat de les sessions de la intervenció per a què aquesta sigui efectiva.

Un altre problema és que els professionals del torn de nit no puguin acudir a les sessions del programa d'intervenció per estar fora del seu torn de treball.

### **Propostes de millora**

Com s'ha explicat anteriorment, una important limitació és l'exclusió de professionals nouvinguts o amb contractes temporals. Seria interessant poder afegir a aquest col·lectiu dins la intervenció o realitzar-ne una de similar més endavant per a poder afegir nous coneixements sobre el tema del dol perinatal per a poder millorar les habilitats en la realització de cures cap a pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal.

Per a millorar el projecte, es podria formar una unitat de seguiment del dol perinatal per a aquells pares que han patit una pèrdua a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova per a evitar que aquest dol acabi sent patològic.

## 11. Conclusions

Després de la realització d'aquest treball de final de grau sobre el dol perinatal m'he donat compte de la importància d'aquest tema en la pràctica diària de molts professionals de la salut. És un tema infradiagnosticat ja que molts cops no es dóna la importància necessària i la legislació actual no ajuda. Hi ha moltes associacions que donen suport a aquests pares que han patit una pèrdua perinatal que lluiten per a què sigui el problema sigui reconegut arreu.

Durant la realització del treball, m'he trobat amb diferents dificultats en el moment de la cerca bibliogràfica sobre l'evidència científica de les intervencions realitzades, ja que hi ha molt poca informació sobre les diferents intervencions proposades sobre el tema del dol perinatal a professionals sanitaris i de l'avaluació d'aquestes intervencions. En molts articles s'evidenciava una falta de coneixements sobre el dol perinatal en professionals sanitaris i conclouen que s'hauria de realitzar una intervenció per a poder compensar aquesta mancança però no en proposaven cap.

He pogut observar que és un tema molt important en el futur dels professionals que sortim ara de la carrera acadèmica, que jo personalment, no he donat cap crèdit referent a el dol perinatal específicament i durant les meves pràctiques clíniques m'he trobat amb algun cas i no he sabut com actuar. Després de la realització d'aquest treball m'he pogut documentar i informar sobre el tema i em veig més segura en dur les diferents indicacions per a realitzar unes cures adequades per a pares i familiars que han patit una pèrdua perinatal.



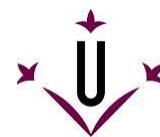
## 12. Bibliografia

1. Oviedo-Soto S, Urdaneta-Carruyo E, Parra-Falcón FM, Marquina-Volcanes M. Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Ped.* 2009;76(5):215–9.
2. Fernández-Alcántara M, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil N, Robles-Ortega H. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería.* 2012;21(1-2):48–52.
3. Pastor-Montero SM, Romero-Sánchez JM, Hueso-Montoro C, Lillo-Crespo M, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(6):1405–12.
4. Pastor-Montero SM, Romero-Sánchez JM, Castro OP, Paramio-Cuevas JC, Toledano-Losa AC, Ortégón-Gallego JA. Buenas prácticas en atención a la pérdida perinatal. *Rev Paraninfo Digit.* Granada; 2013;7(19):1–7.
5. Pastor-Montero SM, Romero-Sánchez JM, Toledano-Losa AC, Paramio-Cuevas JC, Carnicer-Fuentes C, Castro OP, et al. Abordaje de las pérdidas perinatales. Un enfoque desde la investigación acción participativa. *Bibl. Lascasas.* 2011;7(1):1–23.
6. Puia DM, Lewis L, Beck CT. Experiences of obstetric nurses who are present for a perinatal loss. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2013;42(3):321–31.
7. Van Aerde J. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatr Child Heal.* 2001;6(7):469–77.
8. Fenstermacher K, Hupcey JE. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 2013 Nov;69(11):2389–400.
9. López-García-de Madinabeitia A. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011;31(109):53–70.
10. Freitas-Ramírez A, Puigdefàbregas-Serra A, Gispert-Maragolas R, Barés-Marcano M, Bustins M. La mortalidad perinatal según 2 fuentes de información. *Gac Sanit.* 2008;22(3):278–81.
11. Hernández-Herrera RJ, Alcalá-Galván LG, Castillo-Martínez NE, Flores-Santos R, Cortés-Flores R, Buenrostro-Lozano A. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal en un hospital de ginecoobstetricia. Revisión de 35 años. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(2):353–6.
12. Elvira A, Oyarzabal A, Lure M, Becerro A. Factores de riesgo de la muerte fetal anteparto. *Clin. Invest. Ginecol. Obstet.* 2008 Apr;35(2):56–60.

13. González-Castroagudín S, Suárez-López I, Polanco-Teijo F, Ledo-Marra M, Rodríguez-Vidal E. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria*. 2013;19(1):113 – 117.
14. Río-Sánchez I, Bosch-Sánchez S, Castelló-Pastor A, López-Maside A, García-Senhermes C, Zurriaga-Llorens O, et al. Evaluación de la mortalidad perinatal en mujeres autóctonas e inmigrantes: influencia de la exhaustividad y la calidad de los registros. *Gac Sanit*. 2009;23(5):403–9.
15. Valdez-González R, Meza-Valdés R, Núñez-Cruz JO, Ocampo-Gómez AM. Etiología de la mortalidad perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2009;23(1):1–4.
16. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Libr*. 2008;1–22.
17. Meza-Dávalos E, García S, Torres-Gómez A, Castillo L, Sauri-Suárez S, Martínez-Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Rev Esp Med Quir*. 2008;13(1):28 – 31.
18. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1989. Available from: <http://www.ine.es> [Consulta: 21/12/2013]
19. Idescat. Institut d'Estadística de Catalunya. [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1989. Available from: <http://www.idescat.cat> [Consulta: 21/12/2013]
20. Purandare N, Ryan G, Ciprike V, Trevisan J, Sheehan J, Geary M. Grieving after early pregnancy loss--a common reality. *Ir. Med. J*. 2012;105(10):326–8.
21. Hutti MH, Armstrong DS, Myers J. Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the Subsequent Pregnancy After Perinatal Loss. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 2013 Oct 15;42(6):697–706.
22. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol*. 2008 Dec;29(4):274–9.
23. DeBackere KJ, Hill PD, Kavanaugh KL. The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 2008;37(5):525–37.
24. Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *Am. J. Orthopsychiatry*. 1988;58(3):435–49.
25. Hutti M, DePacheco M, Smith M. A Study of Miscarriage: Development and Validation of the Perinatal Grief Intensity Scale. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 1998;27(5):547–55.
26. Ritsher JB, Neugebauer R. Perinatal Bereavement Grief Scale: Distinguishing Grief From Depression Following Miscarriage. *Assessment*. 2002 Mar 1;9(1):31–40.

27. Theut S, Pedersen F, Zaslow M, Cain R, Rabinovich B, Morihisa J. Perinatal Loss and Parental Bereavement. *Am. J. Psychiatry*. 1989;146(5):635–8.
28. García-García J, Landa-Petralanda V, Trigueros-Manzano M, Gaminde-Inda I. Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*. 2001;27(1):86 – 93.
29. Cowchock FS, Lasker JN, Toedter LJ, Skumanich SA, Koenig HG. Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. *J. Relig. Health*. 2010 Dec;49(4):485–97.
30. De la Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones MJ, Hoyos-Valencia Y, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiolea C, Ruiz-Garrido M. Primary care urgent service. Study of patient perceived quality and satisfaction in the Altamira health (Spain) catchment area. *Rev. Calid. Asist.* 2009 Jun;24(3):109–14.
31. Gómez-Payo S, Del Río-Moro O, Manrique-García A, Rodríguez-Martín MC, Fernández-Pardo MJ. User satisfaction in the Virgen del Valle Geriatric Hospital, Toledo. *Rev. Calid. Asist.* 27(2):78–84.
32. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev. Calid. Asist.* 2003;18(5):263–71.
33. Rodríguez-Fernández J, Ramón Martínez J, Montserrat-Capella D, Sainz A, Cebrián M, García-Artiaga C, et al. Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento (2001 - 2005). *Rev. Calid. Asist.* 2008 Mar;23(2):57–64.
34. Jonas-Simpson C, Pilkington FB, MacDonald C, McMahon E. Nurses' Experiences of Grieving When There Is a Perinatal Death. *SAGE Open*. 2013 Apr 29;3(2):1–11.
35. Wallbank S, Robertson N. Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 2013;50(1):1090 – 1097.
36. Más-Pons R, Escribà-Agüir V. La versión castellana de la escala "The nursing stress scale". Proceso de adaptación transcultural. *Rev Esp Salud Publica*. 1998;72(6):529–38.
37. Escribà V, Más R, Cardenas M, Pérez S. Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: «the nursing stress scale». *Gac. Sanit.* 1999 Jan;13(3):191–200.
38. Jonas-Simpson C, McMahon E, Watson J, Andrews L. Nurses' experiences of caring for families whose babies were born still or died shortly after birth. *Int. J. Hum. Caring*. 2010;14(1):14 – 21.

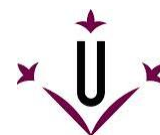
39. Mejías-Paneque M. Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia de Enfermería*. 2012;79(1):52–5.
40. Jillian, Juan. Umamanita [Internet]. 2008 [cited 2013 Dec 17]. Available from: <http://www.umamanita.es/>
41. López S, Pi-Sunyer M. Petits amb llum [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 17]. Available from: <http://www.petitsambllum.org/>
42. Gallardo-Palau A. Servei de suport al dol de Ponent [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 17]. Available from: <http://www.serveidedolponent.org/>
43. Ruiz T. Perinatal Hospice video Spanish [Internet]. USA; 2013. Available from: <http://www.youtube.com/watch?v=JY0m19ZATvA>
44. Roos D. Amor y otras cosas imposibles. USA; 2009.



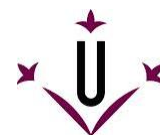
## Annex

### Annex 1. Escala Nursing Stress Scale

		Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1	Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.	0	1	2	3
2	Recibir críticas de un <i>médico</i> .	0	1	2	3
3	Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes.	0	1	2	3
4	Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.	0	1	2	3
5	Problemas con un <i>supervisor</i> .	0	1	2	3
6	Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.	0	1	2	3
7	<i>No tener ocasión para hablar abiertamente</i> con otros compañeros (enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre <i>problemas en el servicio</i> .	0	1	2	3
8	La muerte de un paciente.	0	1	2	3
9	Problemas con uno o varios <i>médicos</i> .	0	1	2	3
10	Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente.	0	1	2	3
11	<i>No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos</i> con otros compañeros (enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería) del servicio.	0	1	2	3
12	Muerte de un paciente con quien has llegado a tener	0	1	2	3



		Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy frecuentemente
	una relación estrecha.				
13	El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo.	0	1	2	3
14	Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.	0	1	2	3
15	Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente.	0	1	2	3
16	No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería) del servicio <i>mis sentimientos negativos hacia los pacientes</i> (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.	0	1	2	3
17	Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente.	0	1	2	3
18	No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente.	0	1	2	3
19	Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	0	1	2	3
20	Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal.	0	1	2	3
21	Ver a un paciente sufrir.	0	1	2	3
22	Dificultad para trabajar con <i>uno o varios compañeros</i> (enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería) <i>de otros servicios</i> .	0	1	2	3
23	Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al	0	1	2	3



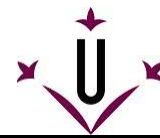
		Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy frecuentemente
	<i>paciente.</i>				
24	Recibir críticas de un supervisor.	0	1	2	3
25	Personal y turno imprevisible.	0	1	2	3
26	El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente.	0	1	2	3
27	Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)	0	1	2	3
28	No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.	0	1	2	3
29	Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería) del servicio	0	1	2	3
30	No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.	0	1	2	3
31	El médico no está presente en una urgencia médica.	0	1	2	3
32	No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.	0	1	2	3
33	No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.	0	1	2	3
34	Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.	0	1	2	3

Una puntuació 0 és que no pateix gens d'estrès. A mesura que va augmentant la puntuació, va augmentant l'estrès, fins arribar a 102 que és la puntuació màxima evidenciant un alt grau d'estrès en els professionals d'infermeria.

## Annex 2. Escala SERVQ-HOS

		Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
1	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido...	1	2	3	4	5
2	La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido...	1	2	3	4	5
3	La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido...	1	2	3	4	5
4	La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido...	1	2	3	4	5
5	La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido...	1	2	3	4	5
6	El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido...	1	2	3	4	5
7	El estado en que están las habitaciones del hospital (apariencia, comodidad) ha sido...	1	2	3	4	5
8	La información que los médicos proporcionan ha sido...	1	2	3	4	5
9	El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido...	1	2	3	4	5
10	Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido...	1	2	3	4	5
11	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido...	1	2	3	4	5
12	La puntualidad de las consultas médicas ha sido...	1	2	3	4	5
13	La rapidez con que consigue lo que se necesita o pide ha sido...	1	2	3	4	5





		Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
	... sido...					
14	La facilidad para llegar al hospital ha sido...	1	2	3	4	5
15	El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido...	1	2	3	4	5
16	El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido...	1	2	3	4	5
17	El interés del personal para solucionar los problemas de los pacientes ha sido...	1	2	3	4	5
18	La información que los médicos dan a los familiares ha sido...	1	2	3	4	5
19	La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido...	1	2	3	4	5

La puntuació més baixa és 19, per tant, demostrarà poca satisfacció dels usuaris cap a l'actuació dels professionals sanitaris i cap a l'hospital. A mesura que augmenta la puntuació, augmenta la seva satisfacció. La puntuació màxima és 95, que demostrarà una satisfacció plena en els professionals sanitaris i l'hospital.

### **Annex 3. Resolució dels casos clínics**

#### **Cas clínic 1**

*Gestant de 41 setmanes de gestació acudeix a urgències perquè no nota moviments fetal·ls des del dia anterior. Es procedeix a realitzar una ecografia i s'objectiva absència de batec fetal. S'informa a la gestant i la seva parella, s'administra medicació ansiolítica en cas necessari, i s'intenta deixar espai a la parella per assumir i fer front a aquesta situació. Passades unes hores, neix mitjançant part vaginal una nena de 3200 g que presenta dos nusos vertaders de cordó umbilical, possible causa de la mort fetal.*

#### **Actuació recomanable dels professionals d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria**

- Oferir l'oportunitat de crear una caixa de records.
- Deixar veure, sostenir i posar-li nom a la nena.
- Tenir una actitud de respecte cap als pares i familiars.
- Permetre que passin el temps necessari amb la seva filla.
- Explicar les opcions i procediments com autòpsia o serveis fúnebres.
- Donar el temps que necessitin per prendre decisions.
- Oferir la teva ajuda si ho necessiten.
- Donar l'espai necessari per assumir i fer front a la situació.

#### **Resolució correcta**

Es considerarà que el cas clínic està correctament resolt, si els professionals participants en la sessió identifiquen 5 o més condicions de l'actuació recomanable dels professionals d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria.

#### **Cas clínic 2**

*Dona de 29 anys d'edat embarassada de 8 setmanes que acut a urgències per dolor pèlvic i hemorràgia vaginal moderada. Es realitza una ecografia on detecten restes embrionàries (avortament incomplet). Es ingressada a la planta de materno – infantil per a realitzar, posteriorment, un raspall evacuador.*

#### **Actuació recomanable dels professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria**

- Posar a la mare lluny d'altres recent nascuts per evitar que senti els plors dels nadons.
- Habilitar l'habitació per una pèrdua perinatal, com treure els objectes que s'utilitzen per un recent nascut com el bressol o canviador.
- Donar l'espai necessari per assumir i fer front a la situació.
- Oferir la teva ajuda i estar disponibles si ho necessiten.
- Parlar amb ells sobre la situació actual, si ells volen.
- Diferents formes de comunicació amb els pares que han patit una pèrdua:
  - No referir-se al seu fill com a fetus.
  - “No em molesta que plorin.”
  - “La veritat es que no sé ben bé que dir-los en una situació d'aquest tipus.”
  - “Sento el que us ha passat.”

#### Resolució correcta

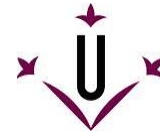
Es considerarà que el cas clínic està correctament resolt, si els professionals participants en la sessió identificant 5 o més condicions de l'actuació recomanable dels professionals d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria.

#### Cas clínic 3

*Dona de 33 anys d'edat, embarassada de 40 setmanes que ingressa al bloc obstètric per amniorrèxis espontània amb líquid amniòtic tenyit, però no molt espès. En el curs de part, la gestant presenta febre de 39°C, al temps que el registre fetal empitjora radicalment. Es decideix realitzar una cesària urgent. Neix un nadó de 3210 g, Apgar 3-7-9; presenta lesions papuloeritematoses disseminades per tot el cos. S'ingressa a UCI neonatal. Els cultius posteriors revelen infecció per *Listeria monocytogenes* (malaltia infecciosa bacteriana que produeix un alt índex de morts fetals/neonats). S'apliquen els tractaments necessaris, encara que el nado pateix un deteriorament progressiu morint a les 25 hores del naixement.*

#### Actuació recomanable dels professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria

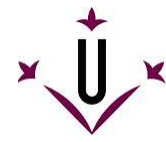
- Tenir una actitud de respecte cap als pares i familiars.
- Permetre que passin el temps necessari amb el seu fill.



- Explicar les opcions i procediments com autòpsia o serveis fúnebres.
- Respectar la seva autonomia.
- Oferir l'oportunitat de crear una caixa de records.
- Donar el temps que necessitin per prendre decisions.
- Oferir la teva ajuda si ho necessiten.
- Proporcionar intimitat als pares per assumir i fer front a la situació però sense abandonar-los.
- Oferir la teva ajuda i estar disponibles si ho necessiten.
- Parlar amb ells sobre la situació actual, si ells volen.
- Facilitar que estiguin les últimes hores de vida amb el seu nadó.
- Com donar la informació als pares:
  - La decisió de retirar el suport vital al nen no ha de recaure en els pares per a què aquests no es sentin responsables de la mort del seu fill.
  - Tenir cura en la forma de donar la informació.
  - “Sento el que us ha passat.”
  - “No em molesta que plorin.”
  - “Estem fent tot el possible per ajudar al vostre fill però no està responent i s’haurien de reconsiderar el que es millor per a ell, els mantindrem informats i junts podem arribar a una decisió”.

#### Resolució correcta

Es considerarà que el cas clínic està correctament resolt, si els professionals participants en la sessió identificant 5 o més condicions de l'actuació recomanable dels professionals d'infermeria, llevadores i auxiliars d'infermeria.



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria

